

ANNÉE 1959

N°
537

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

BENOIT Jean-Claude

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 27 Février 1928 à LILLE (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le

**Contribution Clinique à l'Etude des Etats Hypnagogiques
induits et dirigés**

**(Leurs caractéristiques dans la subnarcose barbiturique
l'Autogène Training et le Rêve éveillé dirigé)**

Président : **M. Jean DELAY**, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547108_0001

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

BENOIT Jean-Claude

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 27 Février 1928 à LILLE (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le



**Contribution Clinique à l'Étude des Etats Hypnagogiques
induits et dirigés**

**(Leurs caractéristiques dans la subnarcose barbiturique
l'Autogène Training et le Rêve éveillé dirigé)**

Président : **M. Jean DELAY**, Professeur

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.),
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.),
 DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.),
 HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.),
 LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL (E.),
 LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (H.), MARION (G.), MATHIEU (P.),
 NOCQUOT (P.), HONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MULON (P.),
 OLIVIER (E.), RICHT (C.), STROHL (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

DOYEN Léon BINET.
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel).....	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie Médicale.....	JAYLE (H.F.)
Biochimie appliquée à à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (H.)
	(Beaujon
	(Cochin
Cliniques chirurgicales.....	(Hôtel-Dieu
	(Saint-Antoine
	(Salpêtrière
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades).....	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MARLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-
	D'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié).....	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades).....	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca).....	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis).....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HALBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
(Broussais)	GENNES (L.de)
(Cochin)	JUSTIN-BESANCON (L.)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (H.)
(Lariboisière)	SOULIE (P.)
(Pitié)	DREYFUS (G.)
(St-Antoine)	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR
	VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)...	DEROT (H.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
(Baudelocque)	LACOTTE (H.)
Cliniques obstétricales (Port-Royal)	N...
(Tarnier)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (H.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrie infantile (Salpêtrière)...	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul) .	LELONG (H.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (H.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENLEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N ...
Histologie	Verne (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)....	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N ...

MM.

Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie Médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

MM.

MM.

Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Dermato- Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Anatomie Pathologique ..	{ GAUTHIER-VILLARS Melle P. pr. s. ch. BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Anesthésiologie	(VOURC'H (G.)	Embryologie	TUCHMANN- DUPLESSIS (H.)
Bactériologie ..	{ NEVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Hématologie	{ BILSKI- PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Biochimie Médicale	{ DESGREZ (P.) pr. s. ch. POLONOSKI (J.) m. conf. SCHAPIRA (G.) m. conf.	Histologie	{ COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Biologie Médicale	{ BOURLIERE (F.) M. conf.	Hydrologie	(CORNET (A.)
Carcinologie ...	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)	Hygiène	{ BOYER (J.) pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
		Maladies infectieuses ...	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
		Médecine Légale	{ DEROBERT (L.) pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)

Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)		(CROSNIER (J.) (HARTMANN (L.) (LOEPER (J.) (MAURICE (J.) (PLAS (F.) (RICHET (G.)
Neuro-chirurgie..	DAVID (M.)	Pathologie expérimentale	
Neurologie	LHERMITTE (F.)		
	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (THOYER-ROZAT (J.)		(AUSSANNAIRE (M.) (BOUR (H.) (BOUVIER (J.) (BOUVRAIN (Y.) (BRICAIRE (H.) (BRISSAUD (H.) (BROCARD (H.) (BUGE (A.) (CASTAIGNE (P.) m.conf. (CATINAT (J.) (CONTAMIN (F.) (COURY (C.) (FREZAL (J.) (HOUSSET (E.) (LAROCHE (Cl.) (LÉSOBRE (R.) (MACREZ (C.) (NICK (J.) (PEQUIGNOT (H.) m.conf. (ROYER (P.) (WOLFROMM (R.)
Obstétrique			
Ophtalmologie ...	(BREGEAT (P.) (SARAUX (H.)		
Orthopédie	(JUDET (R.) (RAMADIER (J.)	Pathologie Médicale	
Oto-rhino- laryngologie ...	(DEBAIN (J.)		
Parasitologie ...	(BRUMPT (L.C.) pr.s.ch. (CHABAUD (A.)		
	(BARCAT (J.) (BINET (J.-P.) (CAUCHOIX (J.) (CHATELIN (C.-L.) (DUBOST (Ch.) (DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GERMAIN (A.) (LAURENCE (G.) agr.per. (LORTAT-JACOB (J.-L.) (LOYGUE (J.) (MERCADIER (PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)		(JOSEPH (R.) (MANDE (R.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (ROSSIER (A.)
Pathologie Chirurgicale ..		Pédiatrie- Puériculture .	
		Parma- cologie ...	(LEVY (Melle J.) pr.s.ch. (BOISSIER (J.) (LECHAT (P.)
		Physiologie ...	(PARROT (J.) pr.s.ch. (DEJOURS (P.)
Pathologie exotique	(SCHNEIDER (J.)	Physique Médicale	(GOUGEROT (L.) m.conf.

Pneumo phtisiologie.. KREIS (B.)	(CERNEA (P.)
Psychiatrie PICHOT (P.)	{ CHAPUT (MmeA.)
Psychiatrie infantile DUCHE (D.)	{ m.c.agr.
Rhumatologie DELBARRE (F.)	{ GRELLET (M.)
	{ CHASSAGNE (P.)
	{ LANOTTE (M.)
	Thérapeutique....
	Urologie QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	(ABOULKER (P.)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A.)	rhumatologique ...	SEZE (S.de)
	(HUGUIER (J.)		
Clinique	(LEGER (L.)		(GRASSET (J.)
chirurgicale ...	(OLIVIER (C.)	Clinique	(LEPAGE (F.)
	(PADOVANI (P.)	obstétricale	(MAYER (M.)
	(POILLEUX (F.)		(MERGER (R.)
	(ROUX (M.)		(RAVINA (J.)
	(VERNE (J.-M.)		
	(HAGUENEAU (J.),	Clinique	(DESVIGNES (P.)
	{ pr.s.ch.	ophthalmologique...	(OFFRET (G.)
	(BOUDIN (G.)		
Clinique	(CONTE (M.)	Clinique oto-rhino-	
médicale	(DOMART (A.)	laryngologique....	MADURO (R.)
	(MILLIEZ (P.)		
	(PERRAULT (M.)	Clinique pédiatrique	
	(RAMBERT (P.)	et puériculture...	LAPLANE (R.)
	(THIEFFRY (S.)		
	(TURIAF (J.)	Clinique	
		psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

..... IV - PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Biochimie ETTORI (J.) Pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale RUDLER (J.) Pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté ... M. LENA (J.)

Secrétaires Mme BEURLAND (H.), Melle CHAINTREUIL (G.)
Melle HURE (A.)

Conservateur, chargé de la direction

de la Bibliothèque M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs Melles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)

Bibliothécaires (Mme CONTET (J.), Melles LAURENT (H.),
)LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, L'Ecole a
arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui
seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.

A ma Femme

A mon Fils

A mes Parents

A mes Beaux-Parents

A Monsieur R. DESOILLE.

A notre Maître

Monsieur le Professeur Jean DELAY

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et
de l'Encéphale à la Faculté de Médecine de Paris,

Directeur à l'Institut de Psychologie,

Médecin des Hôpitaux de Paris,

Officier de la Légion d'Honneur,

Docteur ès-lettres.

Dans son service, il nous a été donné de découvrir la Psychiatrie, d'acquérir nos premières connaissances dans ce domaine et de les enrichir toujours d'apports originaux comme externe puis comme interne, nous avons bénéficié de son enseignement clinique et magistral, son oeuvre a inspiré ce travail que sa bienveillance a permis de réaliser.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il soit assuré de notre gratitude et de notre très respectueux attachement.

A notre Maître

Monsieur le Professeur J. DECOURT

Professeur de Clinique Endocrinologique de la
Faculté de Médecine de Paris.

Il nous a dispensé son enseignement clinique.
Il nous a ouvert aimablement les portes de
son service et permis d'intéressantes recherches.

Qu'il soit assuré de notre gratitude respectueuse et de notre attachement fidèle.

A Monsieur le Professeur Léon MICHAUX
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin-chef honoraire de l'Infirmérie.

A nos Maîtres des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Monsieur le Docteur M. BERGERON
Monsieur le Docteur Y. PORC'HER
Monsieur le Docteur P. ABELY

A nos Maîtres de l'Externat des Hôpitaux de Paris.

A Monsieur le Professeur Agrégé P. PICHOT
Professeur Agrégé de Neuro-Psychiatrie
à la Faculté de Médecine de Paris

A Monsieur le Docteur P. DENIKER
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Ses conseils amicaux ne nous ont jamais fait défaut
au cours de notre apprentissage psychiatrique.
Son aide nous a été précieuse.

Nous l'en remercions vivement.

A Monsieur le Docteur JF. MICHARD

Son amabilité a toujours facilité notre tâche. Qu'il
trouve ici l'expression de mon amicale reconnaissance

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ETUDE DES ETATS HYPNAGOGIQUES
INDUITS ET DIRIGES

(Leurs caractéristiques dans la subnarcose barbiturique,
l' Autogène Training et le Rêve éveillé dirigé).

--:--:--

J.C. BENOIT
Interne
des
Hôpitaux Psychiatriques
de la
SEINE

I N T R O D U C T I O N

-:-

"Rien ne serait plus propre à répandre un jour tout nouveau sur les procédés habituels de notre faculté pensante, que de l'observer tout à tour dans trois états fort différents : l'état de veille, l'état de sommeil, et cet état mitoyen entre la veille et le sommeil, où les sens extérieurs se trouvent plutôt dans le calme et dans l'inaction que dans un véritable engourdissement, où l'activité du sens intérieur est comme isolée, où l'on peut douter en quelque sorte si l'on rêve ou si l'on médite. Cet état suit ou précède communément le repos du sommeil : il est aussi quelquefois le résultat d'une méditation très prolongée sur le même sujet, sur la même idée, plus particulièrement encore dans le silence de la nature, dans l'obscurité des forêts, au milieu des ombres de la nuit. Alors une seule impression, une seule image semble s'arrêter quelquefois un très-longtemps devant notre pensée et la tenir comme assiégée ; alors notre entendement n'agit plus que par intuition. Des scènes entières, des tableaux suivis ou décousus se succèdent à la vue de notre sens intérieur, tantôt avec lenteur et tantôt avec rapidité. Nous croyons voir, et voir très réellement, ce que nous n'avons jamais vu. Ce sont enfin de véritables fantômes qu'évoquent autour de nous la seule puissance de notre imagination, heureuse ou malheureuse sous le charme de ses propres sortilèges.

Je suis persuadé que les dévots, les amants, les prophètes, les illuminés, les swedenborgistes, doivent aux illusions dont cette manière d'être nous rend susceptibles, toutes les merveilles de leurs pressentiments, de leurs visions, de leurs prophéties, leurs entretiens avec les intelligences célestes, leurs voyages dans les cieux et dans les enfers ; en un mot, toutes les extravagances et toute la superstition de leurs contagieuses rêveries. Mais je ne craindrai pas de dire aussi que c'est peut-être dans cette même situation que les hommes de génie ont conçu les beautés les plus originales de leurs ouvrages ; que le géomètre a trouvé la solution du problème qui l'avait embarrassé le plus longtemps ; le métaphysicien, le premier aperçu du plus ingénieux de ses systèmes ; un poète, le beau vers qui le fuyait, un musicien, le plus expressif et le plus brillant de ses motifs (...)"

MEISTER - Lettres sur l'Imagination
PARIS. An VII

cité par A. BRIERRE de BOISMONT
dans "Des hallucinations"

De très nombreuses études ont été consacrées à l'état mitoyen entre la veille et le sommeil. Certaines donnent de ce fait une définition étroite, limitant leur attention à un type particulier d'images surtout visuelles, d'autres décrivent plutôt l'"état hypnagogique" et la structure de son niveau de conscience, Sans vouloir négliger la complexité des phénomènes psychologiques en cause, nous dirons d'emblée que cette conception élargie nous paraît, du point de vue psychopathologique, la plus fructueuse et que, d'ailleurs, c'est elle que spontanément ont toujours adopté les écoles psychiatriques qui se sont intéressées au problème du demi-sommeil.

Ainsi, selon leurs intérêts psychologiques, psychopathologiques ou encore neurophysiologiques des auteurs tels MARC, BAILLARGER, MOREAU (de Tours), A. MAURY, HERVEY de SAINT-DENIS, BERGSON, DELAGE, E.B. LEROY, A. TOURNAY, J. LHERMITTE, J.P. SARTRE, H. EY etc... situent au premier plan de leurs descriptions des faits souvent sensiblement différents. Il faut aussi rappeler que pour chacun d'entre eux, le matériel d'étude est obtenu grâce à une introspection certes attentive mais qui ne manque pas d'être orientée par des facteurs personnels ou d'époque. En effet, dans cet "état intermédiaire à la veille et au sommeil" (BAILLARGER) ou face à l'"hallucination hypnagogique" (MAURY), nous avons déjà quitté le monde d'action, de perception, de logique vigiles pour un domaine intérieur dont nous sommes le seul spectateur, le seul témoin, plus "captivé" qu'attentif. Il faudra lentement apprendre à ce témoin la passivité, le détachement vis à vis d'un monde qui l'engage, dont il a l'habitude d'être prisonnier, puisqu'en lui, depuis toujours il vient trouver le sommeil. Des réveils brusqués, des malaises, la fièvre ou l'intoxication, ou une cause trop ténue pour retenir l'attention, apportent parfois la connaissance de cette "conscience captive" (J.P. SARTRE), laissent le souvenir de ses émois, de ses images, mais une tenace application sera nécessaire pour pénétrer plus régulièrement au-delà de la barrière du sommeil.

Les travaux des auteurs que cet effort n'a pas rebuté nous permettront de décrire tout d'abord le phénomène le plus frappant, mais aussi le plus particulier et le plus rare, l'hallucination ou image hypnagogique. Nous verrons ensuite comment la faveur qui a entouré ce phénomène psychologique classique a été tenue pour excessive par beaucoup, combien plus large est souvent l'acceptation admise du terme "hyp-

nagogie", grâce en particulier à la description structurale de la conscience ou de l'état hypnagogique. Cette extension a d'ailleurs trouvé une justification dans une meilleure connaissance du rêve et dans la description d'un continuum psychologique entre la veille, la rêverie, l'hypnagogie et le rêve. Significatif aussi dans cette tentative de restituer à l'hypnagogie sa valeur fonctionnelle globale, est l'intérêt que l'Ecole française de psychiatrie dès ses premiers développements a apporté à l'étude des relations entre la folie et l'état de demi-sommeil. Elle y était conduite par une connaissance très remarquable de l'influence de substances toxiques, tel le hachisch, sur la vie mentale, ou l'intuition de l'action de facteurs psychologiques, comme l'isolement, sur le déterminisme des hallucinations.

Toutes ces descriptions s'inscrivent dans la situation d'une recherche sur soi, ou d'une étude diagnostique du malade, elles ne sont guidées que par l'intérêt de la connaissance scientifique. Une autre voie d'abord de l'hypnagogie est possible : elle implique la relation entre deux sujets, le médecin et le malade, relation confiante où l'investigation diagnostique conduite par le médecin paraît avoir acquis des possibilités thérapeutiques dont la valeur s'éclaire peu à peu grâce aux efforts de nombreux cliniciens.

Les images hypnagogiques classiques se distinguent d'une part des "images secondaires" ou "consécutives" qui apparaissent à la fermeture des yeux après fixation d'un objet fortement éclairé, d'autre part des "phosphènes" déclenchés par compression du globe oculaire, enfin des "lueurs entoptiques" images vagues, imprécises, variables, obtenues par fixation attentive du voile obscur qui apparaît à la fermeture des yeux. Ces "images subjectives" seraient pour Y. DELAGE, le substratum objectif des hallucinations hypnagogiques (3), mais cette thèse n'est pas acceptée par tous. E.B. LEROY, en particulier la critique. C'est à lui que l'on doit après MAURY une description très systématique du phénomène, ce sont ses termes eux-mêmes que nous reproduisons, tirés du livre qu'il a consacré aux "visions du demi-sommeil". (7)

"Même lorsqu'elles ne ressemblent à aucun objet, animé ou inanimé, les images hypnagogiques diffèrent beaucoup du chaos pur et simple que constituent les lueurs entoptiques ou même les phosphènes... Je me rappelle avoir vu ainsi maintes images rappelant par leurs dispositions, leurs dessins, la variété de leurs couleurs, les rosaces des tapis, certains tissus bigarrés ou certaines mosaïques ornées de fleurs très stylisées, des fonds composés de hachures, de carrelages, de grilles, de billettes, de dentelures, de festons. D'après mon expérience personnelle, elles seraient plus variées, plus colorées et plus mobiles que les lueurs entoptiques de l'état de veille et se rapprocheraient plutôt, par leur vivacité, leur richesse, leur activité, des phosphènes consécutifs. Chez certains sujets, au contraire, leur coloration reste pauvre ou même nulle : ce sont des taches ou des ombres grises, ou des points brillants mais incolores". (pp.10-12). E.B. LEROY montre qu'une disposition géométrique, des éléments de symétrie ou de périodicité mouvante peuvent organiser ces formes imprécises, déterminant parfois des images qui "ont comme une ressemblance vague avec les produits ordinaires de la nature ou de l'industrie humaine" (p.16) D'autrefois enfin, ce sont des images isolées des choses existant dans la réalité, ou "vraisemblables", des objets inanimés plus ou moins usuels : une table, une carafe, une fleur, un livre, parfois des être vivants, parfois des figures humaines, immobiles ou accomplissant des actes relativement simples"... (p. 17) Les images hypnagogiques visuelles sont les plus fréquentes, puis viennent par ordre de fréquence les images hypnagogiques auditives, reproduction d'un air musical ou phrase verbale soudainement entendue. Les autres sens sont moins souvent intéressés. Rares, enfin, sont les images hypnagogiques associant plusieurs sens.

Ainsi, il semble exister des données imagées, dans le demi-sommeil, qui auraient un caractère de "réalité" supérieur à celui des images de la rêverie, ou des rêvasseries de l'endormissement. On a beaucoup discuté, ainsi que le rappelle E.B. LEROY, de l'origine et de la situation de ces images au sein des fonctions psychologiques. MAURY prétendait que la volonté avait quelque action sur elles, pouvait déterminer leur apparition ; BERGSON les voyait succéder aux images rétinienne ou entoptiques ; pour DELAGE, il existe une superposition de l'image mentale à l'image entoptique. BAILLARGER avait déjà montré que certaines conditions physiologiques pouvaient faciliter l'apparition des "images fantastiques", et il cite ces phrases de MARC : "A qui n'est-il pas arrivé à la suite

d'une digestion laborieuse ou de tout autre embarras, soit dans la circulation, soit dans les fonctions nerveuses, après une vive secousse physique ou morale, d'éprouver, au moment de s'endormir, de ces erreurs des sens externes ou internes, d'apercevoir les figures les plus grotesques, souvent les plus effrayantes, d'entendre le son de voix d'hommes, d'animaux, le son de cloches, de voir un précipice, et en un mot de rêver en quelque sorte sans dormir ? (1) Notons d'ailleurs que certains défenseurs de la définition stricte, comme A. Tournay (17) contesteraient à ces éléments figurés complexes le titre d'hallucination ou d'image hypnagogique.

Mais "ce qui importe bien davantage, comme l'écrit E.B. LEROY, c'est l'attitude mentale du sujet à leur égard, et cette attitude est, comme nous l'avons vu, tout autre qu'elle n'est habituellement devant la réalité. Le sujet se comporte, dans l'état hypnagogique, comme devant un spectacle : il n'est ni tout à fait comme devant les événements réels de la vie pratique, ni tout à fait comme en présence d'images qui seraient dépourvues de toute réalité ; en d'autres termes, il se comporte comme devant quelque chose qui peut être réel, mais qui, réel ou non, ne le concerne pas directement". Ce qui caractérise la vision hypnagogique, "c'est l'état hypnagogique ; la synthèse des représentations y est différente de ce qu'elle est dans l'état normal, l'attention volontaire et l'action volontaire en général y subissent une orientation et une limitation spéciales." (pp.126-127) La conscience particulière à cet état hypnagogique est "spectaculaire et passive". Toute tentative d'attention vient effacer ces automatismes, ces images "ont pour condition première l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et l'inertie des organes des sens. Les images fantastiques se dissipent en effet au moindre effort d'attention, et on ne peut continuer à les voir qu'en restant le plus possible spectateur passif".

C'est cette notion d'automatisme, cette façon de décrire négativement, par ses déficits, l'état hypnagogique que va être amené à critiquer un psychologue contemporain ; nous verrons qu'ainsi s'élargit la notion même d'hypnagogie, limitée par la psychologie associationniste à un jeu entre fonctions et automatismes, où le fait exceptionnel que nous avons décrit plus haut, l'"image ou hallucination hypnagogique", est considéré comme le phénomène psychologique essentiel.

Reprenant la phrase de E.B. LEROY :
"Pour que le phénomène se développe, il faut que puisse

fonctionner un automatisme" : (7 p.59), J.P. SARTRE écrit : "LEROY distingue la conscience, qui est "contemplative", et les phénomènes hypnagogiques, qui sont automatiques. Mais cette notion d'automatisme psychologique, dont l'apparente clarté a séduit tant d'auteurs, est une absurdité philosophique". Les phénomènes hypnagogiques ne sont pas "contemplés par la conscience" : ils sont de la conscience. Or la conscience ne peut être de l'automatisme : tout au plus peut-elle singer l'automatisme, se lier elle-même dans des formes automatiques ; c'est le cas ici. Mais alors, il faudrait parler d'une espèce de captivité. Cette conscience inattentive n'est pas distraite : elle est fascinée". (14 p. 63) Cette conscience fascinée ne se porte pas sur son objet à la manière de l'attention ; l'attention possède une base d'accommodation motrice et tonique à l'objet, "ces différents mouvements sont provisoirement impossibles : pour les produire, il faudrait sortir de l'état de paralysie où nous nous trouvons. Nous retrouverions alors l'état de veille". Et nous ne pouvons que transcrire ici la description que donne J.P. SARTRE de l'endormissement et de l'apparition sur son fond de l'image hypnagogique : "Me voici donc le tronc fléchi, les muscles relâchés, les yeux clos, couché sur le côté ; je me sens paralysé par une sorte d'autosuggestion ; je ne peux plus suivre mes pensées : elles se laissent absorber par une foule d'impressions qui les détournent ou les fascinent, ou bien encore elles stagnent ou se répètent indéfiniment (...). La paralysie de mes membres et la fascination de mes pensées ne sont que les deux aspects d'une structure nouvelle : la conscience captive. Le terrain est préparé pour les images hypnagogiques : je suis dans un état spécial, comparable à celui de certains psychasthéniques, c'est la première chute de potentiel, la première dégradation de la conscience avant le rêve. Les images hypnagogiques ne représentent pas une seconde dénivellation : elles paraissent sur ce fond ou ne paraissent pas, voilà tout. (...) L'état hypnagogique, transitoire, sans équilibre, reste un état artificiel. Il est "le rêve qui ne peut pas se former". La conscience ne veut pas se prendre toute entière, au sens où l'on dit qu'une crème ne veut pas se prendre. Les images hypnagogiques apparaissent avec une certaine nervosité, une certaine résistance à l'endormissement, comme autant de petits glissements arrêtés vers le sommeil". (pp. 64-65).

Il apparaît donc légitime de ne pas limiter avec formalisme l'étude de l'état hypnagogique aux images dont le caractère hallucinosique frappant a retenu trop exclusivement l'attention de certains psychologues ou bien a pu intéresser les neurologistes, comme le montrent les études de A. TOURNAY (17), de

J. LHERMITTE et J. SIGWALD (8) ., mais bien plutôt de s'attacher à une analyse structurale de la "conscience hypnagogique" ainsi que H. EY par exemple, a pu le faire dans son étude : "Rêve et psychopathologie" (4). De même, d'un point de vue biologique, il ne sera jamais oublié que l'hypnagogie est toujours contemporaine d'un degré important de détente physique, qui comporte les caractéristiques physiologiques de l'endormissement.

Le mouvement de la conscience normale dans son passage de la veille au sommeil.

Les analyses précédentes permettent d'aboutir à une description structurale des états liminaux de la dissolution hypnique, où l'on peut distinguer avec H. EY (4), la conscience hypnagogique "concrète, passive et automatique", l'imagerie hypnagogique efflorescente, l'affectivité hypnagogique ensorcelée, "la chute synchrone du tonus". Il semble cependant qu'un caractère essentiel de l'hypnagogie réside dans le mouvement même qui conduit la conscience à des niveaux différents d'éveil ou de dissolution et qui, dans des conditions normales nous amène à l'enfoncement dans le sommeil.

Un premier exemple de ce mouvement peut être observé dans la vie diurne mais ne manque pas non plus de se produire au cours de l'endormissement, c'est la rêverie. La structure dynamique de la conscience rêveuse a été étudiée par J. VARENDONCK (18). Cet auteur s'efforce de retrouver à la fin de ses rêveries le fil de ses pensées écoulées, substance qu'il parvient à se remémorer en suivant à rebours ces "chaînes" de pensées. Il aboutit à des conclusions précises. Cet enchaînement de pensées comporte une succession de questions et de réponses adressées à soi-même, de suggestions et de réparties, interrompues de temps en temps par des souvenirs hallucinés. Ces souvenirs sont soumis à des appréciations, jugeant par exemple de leur valeur pour l'avenir et ils sont souvent à l'origine de l'enchaînement de la rêverie. Dans son développement, la profondeur de la rêverie varie d'un moment à l'autre, la visualisation est le témoin d'un enfoncement vers l'inconscience, elle alterne avec des pensées verbales plus proches de la conscience. Lorsqu'il s'agit d'images, les éléments des scènes successives comportent un sens immédiatement perceptible pour le sujet ; cette signification réclamerait de longues explications verbales pour devenir transmissibles à autrui ; elle est imprégnée d'une valeur personnelle. Le flux de ces pensées, plus ou moins verbales, plus ou moins imagées, s'achève finalement lors d'une prise de conscience du monde extérieur.

Dans l'endormissement, ce retour à une réalité extérieure est prévenu par la situation du sujet plus ou moins disposé à sombrer dans le sommeil. L'introspection dans cet état réclame un certain apprentissage, elle est toujours sous la menace d'une "captivité" onirique et hypnique. Il est intéressant de suivre dans un exemple donné par D. RAPAPORT (13) ce jeu des consciences variées qui impliquent la présence simultanée d'une préoccupation de veille, ici le désir d'introspection, et de la captivité hypnique toujours menaçante. D. RAPAPORT raconte qu'après le temps nécessaire d'entraînement il parvient à noter automatiquement par écrit certains de ses rêves. Au cours d'un de ces exercices, il s'aperçoit qu'il ne peut se souvenir de la suite du rêve, il se sent tendu, sa vigilance s'altère et la rêverie suivante est alors prise en notes : "Je suis dans un labyrinthe. Je cherche une porte. Je ne peux la trouver, mais je sais que si je la trouve, j'aurai la suite du rêve". Dans cet exemple, se trouvent indiqués toute une série de faits propres à l'hypnagogie : 1°) la notion conservée d'un désir de la veille (noter un rêve). 2°) le déroulement d'une suite imagée devant la conscience du sujet qui à la fois en prend note et la subit, captif. 3°) les modifications de niveau psychique, rêve, éveil, rêverie et ensuite réveil ou réendormissement. Ici encore nous retrouvons un processus de transformation imagée, caractéristique d'une rêverie d'un niveau relativement profond, mais cependant parfaitement interprétable selon une préoccupation actuelle du sujet. D. RAPAPORT note que dans ce processus de symbolisation imagée interviennent les éléments isolés par FREUD de condensation, de déplacement, de substitution et de dramatisation. Ils ont été décrits dans le rêve grâce à l'étude rétrospective que les méthodes freudiennes et junguennes d'association verbale permettent. Ils introduisent dans la symbolisation imagée l'intervention des préoccupations actuelles ou récentes et des traits de la personnalité profonde du rêveur. L'hypnagogie nous permet un contact direct avec ces formations symboliques mais aussi nous montre le déroulement dynamique caractéristique du niveau où elles apparaissent : celui d'une conscience intériorisée.

H. VIHVELIN (19) a tenté de schématiser ce mouvement du "continuum" qui va de la veille au sommeil, dans ses caractéristiques les plus habituelles par le tableau suivant :

Continuité de la conscience de la situation.	Niveaux de Conscience	Contenus psychiques correspondants
	Eveil	Contenus psychiques conscients
Intacte	Début de fatigue (changement quantitatif des processus psychiques)	Rétrécissement progressif du champ de conscience.
Intacte	Etat hypnagogique (changement qualitatif des processus psychiques)	Hallucinations hypnagogiques "pures"
Intermittente	Etat intermédiaire (oscillations entre la veille et le sommeil)	Hallucinations hypnagogiques mêlées à des rêves
Disparue	Conscience de rêve	Rêves

Finalement le terme d'hypnagogie peut s'appliquer à cet état défini, selon les diverses études présentées plus haut par :

1°) Une attitude de repliement vers la vie intérieure possédant une physiologie assimilable à celle de l'endormissement ;

2°) Une imagerie de souvenirs de la veille ou de constructions figurées, ou d'éléments sensoriels et imagés s'approchant des créations du rêve ;

3°) Une conscience captivée par ces impressions psychologiques sensorialisées mais encore capables de conserver à leur égard la distance introspective.

4°) Ces éléments, enfin, sont intégrés dans une destruction progressive de la vigilance en un mouvement vers le sommeil, mouvement que le sujet lui-même désire et favorise, dans l'hypnagogie naturelle, ou qu'il tente de freiner pour des préoccupations scientifiques d'introspection, ou mouvement qui se fige avant l'inconscience du sommeil dans certaines conditions pathologiques.

L'hypnagogie, comme mouvement de passage de la veille au délire.

Si l'étude de BAILLARGER : "De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations", apparaît comme l'effort le plus clinique, le plus concret d'étude de l'hypnagogie pathogène, on ne saurait oublier que cette description est indissociable des thèses contemporaines de J. MOREAU (de Tours). En 1845, dans son livre "Du hachisch et de l'aliénation mentale" (11), ce dernier écrivait : " Il semble donc que deux modes d'existence morale, deux vies ont été départies à l'homme. La première de ces deux existences résulte de nos rapports avec le monde extérieur, avec ce grand tout qu'on nomme l'univers ; elle nous est commune avec les êtres qui nous ressemblent. La seconde n'est que le reflet de la première, ne s'alimente en quelque sorte, que des matériaux que celle-ci lui fournit, mais en est parfaitement distincte. Le sommeil est comme une barrière élevée entre elles deux, le point physiologique où finit la vie extérieure, et où la vie intérieure commence. Tant que les choses sont dans cet état, il y a santé morale parfaite, c'est à dire régularité des fonctions intellectuelles dans l'étendue des limites qui ont été tracées pour chacun de nous. Mais il arrive que sous l'influence de causes variées, physiques et morales, ces deux vies tendent à se confondre, les phénomènes propres à l'une et à l'autre, à se rapprocher, à s'unir dans l'acte simple et indivisible de la conscience intime ou du moi. Une fusion imparfaite s'opère, et l'individu, sans avoir totalement quitté la vie réelle, appartient, sous plusieurs rapports, par divers points intellectuels, par de fausses sensations, des croyances erronées, etc... au monde idéal". (pp. 41-42). De même que MOREAU (de Tours) utilise le terme de "délire", à propos du rêve, BAILLARGER écrit à propos du demi-sommeil : "On a, pendant quelques instants, conscience de certaines perceptions ; mais ces perceptions sont confuses, incohérentes, et constituent avant le sommeil complet une sorte de délire passager que presque tous les physiologistes ont indiqué. Si cet état de demi-sommeil, ordinairement très court, se prolonge, il constitue la somnolence, et l'espèce de délire dont j'ai parlé est désigné sous le nom de rêvasseries". Ainsi à propos de 30 cas cliniques, BAILLARGER pense prouver "d'une manière incontestable l'influence que le passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille a sur la production des hallucinations, chez les sujets prédisposés à la folie, au début et dans le cours de cette maladie". Il note l'importance que

la plupart des auteurs attribuent à l'influence de l'obscurité, de l'isolement, du silence dans le déterminisme des hallucinations. Il montre que l'appel à l'attention de l'halluciné détermine au contraire la disparition temporaire de ces phénomènes pathologiques, que chez certains, non seulement l'endormissement, mais la simple fermeture des yeux peut suffire à les faire apparaître, enfin que des hallucinations du demi-sommeil, pour peu qu'elles se prolongent peuvent devenir bientôt continues et entraîner le délire. J. LHERMITTE et J. SIGWALD, à propos de l'exposé d'un cas clinique proche, partagent la même opinion : "Chez certains sujets les visions hypnagogiques, leur insistance, leur répétition monotone lors de la même période préhypnique (phase de l'endormissement), sont susceptibles de créer un véritable état obsédant et même de figurer les premiers linéaments d'un automatisme psychosensoriel et mental". (8) La concordance de pensée entre les deux anciens auteurs paraît, pour beaucoup due à une expérimentation sur autrui et sur leur propre personne de l'action des drogues telles que le hachisch. C'est de la connaissance du rêve toxique qu'ils tiennent leur intérêt pour la structure même du délire et ses rapports avec le rêve. Ce fait est bien connu pour J. MOREAU à qui l'on doit ces brillantes et si précoces descriptions de l'action du hachisch, de même BAILLARGER nous rapporte une expérience analogue et montre la proximité entre les images "fantastiques" du demi-sommeil et celles obtenues à l'aide de la drogue, qui ne fait pour lui que faciliter leur étude : "J'ai moi-même éprouvé souvent le phénomène des images fantastiques, et j'ai pu l'étudier surtout après avoir pris une assez forte dose de hachisch. Les images, plus vives et plus nombreuses que celles que j'avais aperçues dans d'autres occasions, étaient aussi plus persistantes ; elles cédaient moins facilement, et par conséquent je pouvais les observer étant plus éveillé. Trois fois même, effrayé par leur intensité et leur durée, je cherchai un auxiliaire dans l'action de la lumière, qui les faisait immédiatement disparaître." (1)

Semblable aux effets du demi-sommeil se trouvent donc être pour MOREAU l'action des drogues : ces dernières déterminent artificiellement le fait primordial, l'"excitation", que cet auteur situe à la base de l'"état hallucinatoire", du rêve ou du délire. La vie passionnée et dramatique du rêveur ou du délirant peut-être goûtée grâce au hachisch, à l'opium, etc.. "avec cette différence, insignifiante du reste, quand à la chose en elle-même, que, dans le hachisch, l'état crépusculaire ou primordial est tenace, persistant, quoiqu'on fasse pour le détruire ;

tandis qu'il peut suffire de la plus légère impression extérieure pour faire cesser celui qui est déterminé par l'invasion progressive du sommeil". (p. 227) Grâce au hachisch s'installe insensiblement "un véritable état de rêve, mais de rêve sans sommeil, car le sommeil et la veille sont alors tellement confondus, que la conscience la mieux éveillée ne peut faire entre ces deux états aucune distinction, non plus qu'entre les diverses opérations de l'esprit qui tiennent exclusivement à l'une ou à l'autre". (12) Et, dans son ouvrage fondamental, J. MOREAU décrit des diverses manifestations psychosensorielles vécues, l'état affectif, les différents "phénomènes" essentiels : sentiment de bonheur, excitation et dissociation des idées, erreurs sur le temps et l'espace, développement de la sensibilité de l'ouïe, idées fixes et convictions délirantes, lésions des affections, impulsions irrésistibles, illusions et hallucinations. La présence à l'état hallucinatoire offre bien évidemment une richesse d'expérience que la transition de la veille au sommeil, mode physiologique d'accès au repos affectif ne saurait fournir, et que l'inconscience habituelle de notre vie onirique écarte de notre souvenir, presque totalement. Il apparaît aussi que ces auteurs, dans leur pratique du toxique ont su employer des doses compatibles avec leurs soucis d'introspection. Si la drogue apporte, selon le terme de MOREAU, le "fait fondamental", à savoir l'"excitation" et transporte le rêve dans la veille, certaines situations particulières, déjà évoquées avec BAILLARGER peuvent elles aussi conduire l'individu au-delà de la "barrière du sommeil" dans sa vie diurne : "l'obscurité, l'isolement, le silence". A BRIERRE de BOISMONT dans son ouvrage "Des hallucinations" nous en apporte des preuves multiples. Il nous rappelle les illusions et les hallucinations des prisonniers, les apparitions survenant dans les déserts, les solitudes, les endroits de retraite.

Les faits pittoresques que l'auteur nous livre longuement ont peut-être été oubliés, mais des études récentes sur les effets de l'"isolement sensoriel" (sensory deprivation) viennent rajeunir ce vieux problème. Les sujets placés dans l'immobilité forcée et privés de stimuli sensoriels, tous besoins physiologiques satisfaits par ailleurs, présentent souvent assez rapidement des perturbations psychiques. Sur 17 sujets normaux par exemple, (20) "malgré des différences considérables, dans les réponses individuelles, tous les sujets ont présenté une atteinte des fonctions de concentration intellectuelle, une distorsion du jugement du temps, et des degrés variés d'anxiété, 8 ont présenté des troubles somatognosiques, des illusions ou des hallucinations". Les sujets, dans cette expérimentation, placés dans un

respirateur artificiel qui inhibe tout mouvement, avec un champ visuel très restreint, dans une pièce calme, sont la proie de rêveries, d'imageries fantasmatiques, dont ils réalisent l'irréalité, mais auxquelles ils se prêtent, d'illusions (5 cas) ou d'hallucinations vraies (3 cas) Deux d'entre eux bien avant la fin des 36 heures de durée de l'expérience présentent une agitation anxieuse confusionnelle qui durera un quart d'heure après la sortie de l'appareil. Le rôle de la chute de la lumière diurne est notée dans d'autres études de ce type, ainsi que le lien entre les images vécues et les préoccupations affectives actuelles du sujet (10). L'état hypnotique peut ainsi prendre un caractère morbide et entraîner de lui-même des complications psychopathologiques, en particulier lorsque le sujet assiste à son maintien prolongé, incoercible, dû à l'"excitation" - selon les termes de J. MOREAU (de Tours) - pathologique, toxique ou anxieuse.

Les tentatives d'utilisation dynamique et restructurante de l'hypnagogie.

L'étude du passage des éléments du rêve dans la vie diurne se trouve ainsi occuper une position importante dans la compréhension de la maladie mentale. H. EY nous rappelle (4) la phrase de JACKSON selon laquelle notre science ne progresse que dans la mesure où progresse la science du sommeil et des rêves. Pour H. EY dans cette étude intitulée "Le rêve "fait primordial" de la psychopathologie", la référence constante et systématique aux divers aspects du rêve apporte seule "un fil d'Ariane dans le labyrinthe psychiatrique" : "Ce "fait primordial", c'est tour à tour celui d'une structuration hiérarchisée de notre psychisme, celui d'un monde imaginaire immanent à notre pensée, celui d'un Inconscient contenu par et dans notre pleine conscience, celui d'un éventail de psychonévroses et de psychoses qui déploie à des niveaux divers le monde des images, c'est-à-dire, en fin de compte : la POSSIBILITE DE REVER".

Nous reviendrons, un instant aux écrits de A. BRIERRE de BOISMONT, pour insister cependant avec lui sur le fait que cette "possibilité de rêver" n'a pas été utilisée par l'homme seulement selon des voies morbides. Cet auteur tient que la "contention de l'esprit" peut déterminer les mêmes phénomènes que son relâchement, que l'attention et l'inspiration ne sont point des phénomènes étrangers l'un à l'autre, qu'à côté de l'extase morbide il y a eu l'extase "physiologique", qu'il est difficile de séparer formellement, sinon dans leurs résultats, les "hallucinations de la folie et celles de l'enfant, du rêveur, du poète, du penseur, de l'homme fortement préoccupé (...)" (p.464).

C'est donc vers le monde complexe de l'imagerie personnelle que nous conduit l'état hypnagogique, non seulement en ce qu'il peut comporter d'abandon morbide au rêve, mais aussi en ce qu'il est susceptible de jouer un rôle dans l'inspiration et l'orientation structurante de la personnalité et dans ses réalisations vitales où une pleine intuition de soi est requise.

Pour atteindre à la fois l'enfoncement dans l'état hypnagogique et la connaissance durable des faits qui s'y déroulent, un apprentissage rationnel est nécessaire. Les divergences d'opinion sur les faits eux-mêmes ou sur leur interprétation, auxquelles ont abouti les différents chercheurs qui ont appris à prolonger l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil, montrent les limites de l'introspection dans une situation toute dominée par son orientation physiologique : l'entrée dans l'inconscience nocturne. Tout à l'opposé sera la situation du sujet dans l'utilisation médicale de l'hypnagogie. Ce n'est plus seul, mais avec un guide qu'il cheminera à travers son propre monde intérieur, et c'est d'abord devant ce guide, dans une relation confiante, qu'il en vivra les images.

L'induction méthodique de l'état hypnagogique a été décrite par un précurseur, élève de MORTON PRINCE, B. SIDIS (16) ; il n'a pas été donné, malheureusement, de développement à son oeuvre dont nous rappellerons ici les thèmes principaux, B. SIDIS induit un état "subwaking or hypnoïdal", chez le sujet couché confortablement, détendu, les yeux fermés, par un stimulus auditif monotone. Le niveau de conscience obtenu est flottant, des expériences vécues, des fragments du passé, des faits oubliés depuis longtemps réapparaissent dans cet "état de repos, de relaxation physique et mentale". On peut faire retracer le développement des troubles, ceci n'a pas d'intérêt thérapeutique propre, mais est de valeur diagnostique ; bien plutôt il s'agit de conduire "une entreprise systématique de suggestion directe et indirecte... de substitution, de désintégration, de synthèse, à la fois dans l'état éveillé et dans l'état hypnoïde et aider ainsi à la transformation des modes associatifs et du tonus émotionnel de la vie mentale des malades". Par la création de cet état hypnoïde on atteint, pour B. SIDIS le niveau des "réserves d'énergie potentielle subconsciente", en dépassant et détruisant les systèmes sous-tendant les symptômes de la maladie. Grâce à un appoint pharmacologique d'action hypnotique élective, l'hypnagogie barbiturique ne détermine-t-elle pas un état tout à fait similaire ? Son utilisation ne se

résume-t-elle pas à ces principes ? Nous tenterons de le montrer dans une première partie.

L'expérience des toxiques, ou celle de l'isolement nous ont paru plus riches que l'état hypnagogique lui-même en manifestations somesthésiques. En fait, un manque d'intérêt de l'introspection classique pour la sphère des sensations corporelles, paraît responsable d'un défaut de description. En effet, les auteurs, tels FEDERN, cité par H. HECAEN et J. de AJURIAGUERRA (5 p.300), qui se sont penchés sur ce domaine sensoriel dans l'endormissement ont pu y décrire des impressions de perte de la sensation de volume, de distorsion du corps, d'allongement latéral ou d'agrandissement, de perception imprécise et floue de la masse corporelle changée dans ses dimensions, avec effacement de ses limites, surtout notable dans le domaine des membres, alors que la face résiste mieux à cet envahissement des déformations hypnagogiques. L'exposé de tels faits nous paraît suffire pour annoncer une deuxième partie où l'exposé des travaux de J.H. SCHULTZ apportera, avec quelques exemples cliniques, la preuve de l'intérêt d'un apprentissage chez le névrosé de "la concentration intérieure et du recueillement, favorisés par l'attention accordée à des processus somatiques", lorsque le sujet "peut se laisser glisser passivement dans ses propres sensations cénesthésiques", pénétrant ainsi "dans les couches sensibles et émotionnelles de son moi corporel". (15 p.9)

Enfin, tout ce qui a été dit ici sur l'imagerie visuelle et auditive, sur l'expérience de la vie imaginaire, montre l'intérêt qui peut s'attacher à des tentatives qui, comme celle de R. DESOILLE, s'efforcent d'aider le sujet à atteindre un onirisme légitime, lui permet l'exploration de façon vigile d'une scène habituellement réservée à notre existence nocturne. Il sera intéressant de noter que guidé, "dirigé", le sujet névrotique peut trouver ainsi la source et la connaissance de comportements neufs qui du plan imagé, symbolique, seront transmis à la vie active, sociale.

L'oeuvre de R. DESOILLE, comme nous tenterons de le montrer dans une troisième partie, apparaît comme centrale et remarquablement élaborée, par rapport à bien d'autres tentatives de ce type, reposant par exemple sur l'utilisation de l'onirisme hypnotique amnésique ou du matériel symbolique des psychoses toxiques expérimentales, développée par l'Ecole anglo-saxonne, ou bien sur la conduite du "cycle supérieur" de SCHULTZ, et de ses variantes, ou de l'hypnose fractionnée de KRETSCHMER, études dues aux auteurs allemands.

Ière P A R T I E

-:-

LA SUBNARCOSE BARBITURIQUE

L'injection intraveineuse lente d'une solution barbiturique permet d'observer, avant l'atteinte du sommeil ou à l'issue de celui-ci, un état de torpeur où le sujet apparaît à portée d'un contact psychologique original.

Pour définir cet état, on a employé tour à tour les termes de subnarcoze (SUTTER), de narcoze liminaire (TARGOWLA), d'état hypnagogique provoqué (MANCEAUX et SUTTER, MIGNOT) compte-tenu des facteurs associés, du cubitus dans une pièce semi-obscur et silencieuse, qui se résument en un isolement sensoriel relatif et du contact établi avec le médecin, l'injection barbiturique réalise une dissolution réversible de la conscience, où sont réunis les éléments psychophysiologiques caractéristiques de l'endormissement ou du réveil ou encore des états crépusculaires (43). Les caractéristiques psychologiques de la subnarcoze se groupent en éléments d'ordre négatif et d'ordre positif, selon la loi Jacksonienne de la dissolution-libération.

J. DELAY a résumé ainsi ces composantes : La subnarcoze "olive dans une certaine mesure deux plans de l'activité mentale : l'un orienté vers l'action, l'autre vers le rêve ; l'un qui répond aux synthèses mentales, l'autre aux automatismes psychologiques ; l'un à la tension, l'autre à la détente ; l'un enfin à l'organisation sociale et rationnelle de la personnalité, qui obéit aux exigences de l'utile, l'autre à l'organisation autistique et affective, apparemment désintéressée, qui obéit aux lois propres du dynamisme inconscient". (14p. 480)

Les auteurs, qui se sont penchés sur les caractéristiques psychologiques de la subnarcoze, s'accordent ainsi pour définir, isolés ou groupés (43), quatre éléments corrélativement liés dans cette dissolution-libération : 1°) la diminution de la conscience vigile, avec repliement sur soi-même et déficit du contact avec le monde extérieur ; 2°) l'atteinte des fonctions intellectuelles les plus complexes, les plus élevées, les plus volontaires, lesquelles organisent et dirigent les rapports sociaux ou le récit devant autrui des actions ou mobiles personnels ; 3°) la libération d'automatismes psychologiques d'ordre psychomoteur avec leur signification affective (colère, crainte, remords par exemple), ou d'ordre mnésique, l'hypermnésie, l'écamnésie, la vivacité du souvenir enrichissant sensoriellement, ce qui dans l'introspection vigile, volontaire, n'est qu'une image plus ou moins conceptualisée ; 4°) enfin le retour à un sentiment plus global de la personnalité, cette fusion avec des forces vives, plus physiologiques que psychologiques peut-être, qui pourrait définir la chute en une conscience où les problèmes existentiels et leur

notation temporelle (urgences ou buts lointains sociaux, par exemple) s'effacent devant un intérêt total pour des émotions ou des images que le sujet peut, grâce à la drogue, vivre et exprimer.

Il est essentiel de rappeler ici avec H. MIGOT (31) les caractéristiques psychopharmacologiques de l'action des barbituriques, la "relative stabilité de la dissolution de conscience" créée par eux, et le respect qu'ils manifestent à l'égard de la sphère de la perception qui "reste à peu près étrangère au trouble de la conscience".

On doit y joindre la sédation, cette aptitude particulière aux barbituriques qui temporairement abaissent le tonus moteur et stabilisent les réactions neurovégétatives, ces caractéristiques permettent certainement d'attribuer, avec H. MIGNOT, à la subnarcose barbiturique le titre d'hypnagogie provoquée. Les phénomènes psychologiques vécus par le malade, même lorsque leur apparition est due aux stimulations du médecin, nécessaires comme l'a montré J. SUTTER (43) apparaissent au sujet comme partie intégrante de sa personnalité. Ces traits sont nets chez le sujet normal, selon E. LINDEMANN (28), qui dans l'hypnagogie barbiturique vit une expérience affective d'euphorie calme, de "repos et de liberté", liberté de l'imagination facilement conduite à la rêverie. On les retrouve encore avec évidence dans les états psychotiques chroniques, comme l'ont montré R. BESSIERE et J. FUSSWERK.(4).

En retenant seulement les éléments libérés par la subnarcose, on peut dire, grosso modo, que la révélation d'automatismes psycho-affectifs a frappé tous les auteurs par son intérêt diagnostique et que par contre cette possibilité de contact avec un dynamisme profond a retenu l'attention de ceux que tentait l'aventure psychothérapeutique. C'est en effet selon cette double perspective que s'est développée l'utilisation de la subnarcose barbiturique, l'enrichissement anamnétique aide également à une plus grande précision diagnostique, de même que le pronostic devient plus clair selon la meilleure compréhension diagnostique et selon la présence ou l'absence d'efficacité thérapeutique. Déjà, J.S. HORSLEY, qui donna son premier nom à la technique "narcoanalyse", écrivait en 1936 après plusieurs années d'emploi du pentothal sodique : "Le conflit latent ou refoulé vient rapidement à la surface ; l'historique du trouble mental se complète ; le contenu de l'idéation anormale est amplifié, éclairé. En une heure le médecin obtient une quantité d'informations sur l'état mental du malade telle qu'il n'aurait pu l'obtenir en un mois par des méthodes ordinaires". Chaque

nouvelle étude insiste sur la rapidité et la facilité avec lesquelles une modification de la sémiologie apparente est déterminée. La disparition des symptômes de façade passionne certains par le champ qu'elle ouvre au-delà d'un mutisme, d'une réticence (43) ou d'un syndrome catatonique (5) "... en faisant régresser l'organisation psychique au niveau d'un comportement instinctuel normal ou pathologiquement modifié, (la subnarcose) permet d'écarter de la scène clinique les syndromes secondaires réactionnels, tandis qu'elle laisse à peu près intact le noyau central de la psychose" (29). Rappelons encore ces cas observés de diagnostic de mélancolie chez "une malade muette, stéréotypée et souriante à l'état de veille, qui a chaque subnarcose pleurait et gémissait, le visage crispé par la douleur d'un état mélancolique" (43) ; le récit de l'expérience primaire située à la naissance de délires chroniques systématisés ou dissociatifs, avec son cortège d'hallucinations et de désarroi affectif dont le souvenir enfoui apparaît soudain dans l'hypnagogie barbiturique ; la possibilité d'explosion de crises d'hystérie chez des sujets ayant antérieurement fait la preuve d'une prédisposition à cet état (19, 44).

Dans les amnésies d'origine affective et surtout dans les névroses émotionnelles récentes la méthode a acquis une réputation diagnostique et thérapeutique justifiée par les faits. Ces états si fréquents dans les situations de combat, ont été systématiquement soumis à la narcoanalyse barbiturique par les psychiatres militaires anglo-saxons pendant la dernière guerre. On sait que l'expérience de ces derniers fut transmise rapidement aux médecins français qui, comme MANCEAUX, SUTTER, DELAY, COSSA appliquèrent précocement cette technique aux névroses émotionnelles de guerre ou à celles de la pratique civile.

Dans ces cas, où l'action de la subnarcose paraît des plus nettes, c'est à l'état émotionnel neuf créé que s'attache la majorité des descriptions. Cet état émotionnel accompagne la réviviscence imagée, presque hallucinatoire ou onirique du traumatisme psychologique inopiné, élément pathogène primitif ou, dans les cas plus complexes de névroses ou de psychoses, celle de scènes passées dont la "charge affective" est ainsi transmise à l'observateur, qui va suivre, au cours de cette "narcoanalyse psycho-somatique" selon les termes de J. DELAY la crête des émotions, les modifications du comportement du sujet face à tel ou tel souvenir et se laisser guider ainsi vers des "complexes idéo-affectifs", lourds de signification. Ainsi, pour MIGNOT : "C'est l'extériorisation de complexes idéo-affectifs qui fait l'intérêt majeur de la subnarcose. C'est tantôt le

rappel d'une situation vécue qui déclenche des manifestations anxieuses, tantôt l'évocation d'un personnage qui provoque une explosion de sentiments". (31) Ainsi se trouve décrit le pôle diagnostique de ce que l'on appelle depuis longtemps l'abréaction. Déjà empruntant ce terme aux auteurs allemands, C. PASCAL décrivait les "déblocages" obtenus grâce à l'éthérisation chez les éléments précoces, mutiques ou négativistes, décharges émotives et verbales brusques, de contenu mnésique intéressant. Ce terme d'abréaction a été utilisé de façon courante par les auteurs anglo-saxons. Son emploi souffre cependant de l'ambiguïté due à la fusion, d'une valeur diagnostique, lorsqu'il signifie révélation de noyaux idéo-affectifs et d'une valeur thérapeutique lorsque cette libération émotionnelle est recherchée comme élément d'un processus de cure.

Il est en effet nécessaire de distinguer avec certains auteurs (29) dans ces manifestations émotionnelles des explosions d'activité instinctuelles (érotisme, agressivité), des phénomènes hystériques (crises convulsives, hurlements, gesticulations, puérilisme) des syndrômes expressionnels attachés de façon significative à tel souvenir ou à l'évocation de tel personnage. Ces diverses manifestations émotionnelles, aussi bien que les "indices psychosomatiques", ne sont que des éléments du syndrôme morbide, leur valeur dépend de l'ensemble de ce syndrôme. Le narco-diagnostic réclame toujours un essai cohérent de synthèse clinique, comme l'exprime H. EY qui fixe son attention sur quatre critères : "Le premier est un critère de solidité de la conscience (abaissement pathologique du seuil d'imaginaire, facilité et richesse des phases intermédiaires du sommeil et de la pensée vigile, comme test de fragilité). Le second est le critère de continuité avec la personnalité (il s'agit d'établir si ce qui est vécu dans l'épreuve est en continuité avec le système habituel de la personnalité). Le troisième est le sens du courant de la fiction (il s'agit d'établir si la narcose dissipe le délire déjà existant ou au contraire l'accroît). Le quatrième enfin est celui de la compréhensibilité psychologique (il s'agit d'établir si au cours de la narcose le vécu psychique est plus pénétrable à l'analyse psychologique qu'avant la narcose, autrement dit, il s'agit d'apprécier si la structure négative du trouble s'accuse ou non dans la narcose)". (23)

Il n'en est pas moins vrai que dans le cadre des névroses, et particulièrement des névroses émotionnelles, l'abréaction joue un rôle capital de catharsis, ses manifestations "drastiques" (30) lèvent l'amnésie, rendent conscients avec angoisse supportable des faits trop lourds jusque là pour la personnalité vigile, "usent la liaison conditionnelle établie en-

tre le traumatisme et l'angoisse" (12). L'état hypnagogique provoqué permet la reviviscence mnésique, le médecin assura dans une atmosphère de confiance la réintégration du souvenir dans l'histoire existentielle du sujet.

Dans les "psychothérapies sous narcoses" (14) le rôle du médecin doit être bien plus actif comme en témoigne une abondante bibliographie. Des états névrotiques, plus ou moins structurés, plus ou moins anciens réclament du thérapeute des modes d'intervention très divers, comme le montre J. DELAY (14p. 480). "Tantôt il provoque le défoulement par l'interrogatoire, les associations dirigées, les tests, l'écriture automatique et le dessin automatique, voire le psychodrama et les play-technics ; tantôt il explique la nature du lien entre les symptômes actuels et le conflit qui les conditionne, en facilite la synthèse et par là même le déconditionnement ; tantôt il utilise la suggestibilité créée par la subnarcose pour essayer de réduire les symptômes par suggestion. Dans toutes ces éventualités la subnarcose n'est donc qu'une condition facilitante des psychothérapies, expressives, explicatives ou suppressives". On ne saurait exprimer plus clairement les possibilités et les difficultés de l'utilisation thérapeutique de la subnarcose, ni mieux faire sentir la multiplicité de ses modes d'emploi, la diversité des opinions sur sa valeur thérapeutique et des thèses que celles-ci impliquent.

Parmi tous les auteurs qui se sont intéressés à la subnarcose, R. BESSIERE et J. FUSSWERK semblent occuper une position particulièrement originale. Ils ont appliqué la subnarcose à l'étude affective des psychoses chroniques, états schizophréniques et d'autisme mental (4) : "(...) ce que nous recherchons particulièrement, c'est d'assister à la reconstruction spontanément faite par lui-même de l'existence du malade avec ses joies, ses plaisirs, ses souffrances, ses conflits qui apparaissent inéluctablement, à un moment ou à l'autre des séances successives, avec leurs enchaînements et tels qu'ils furent vécus. Ces scènes variées et vécues sont contées sous une forme originale, et le récit est accompagné d'attitudes, de gestes, de mimiques, de réactions émotives significatives. On obtient ainsi comme un reflet de la personnalité totale". Presque accessoirement les auteurs signalent "quelques prétentions thérapeutiques", au cours de ces tentatives. Des conversations sont intercalées entre les séances (dont le nombre ne dépasse pas six). L'ensemble de cette exploration psychologique permet une prise de contact avec le sujet, par-delà ce qui appartient à la façade psychotique. Le bilan diagnostique est considé-

ablement facilité, les thérapeutiques biologiques sont appliquées à meilleur escient, la valeur de l'environnement, des possibilités du milieu sont justement appréciés, enfin, et surtout, le médecin se trouve capable de s'appuyer sur le dynamisme conservé, sur la part respectée de la personnalité que la subnarcose révèle, et, mieux, qu'elle rend au moins temporairement au malade.

TROIS CAS DE DEPRESSION ANXIEUSE.

Des états où une anxiété et des phénomènes neuro-végétatifs occupent la scène sémiologique sont fréquents chez les adultes jeunes recrutés pour le service militaire du temps de paix. Même si le médecin qui a le premier la charge de tels malades les dénomme "fonctionnels", la tendance habituelle de ces états à la chronicité détermine finalement des complications d'ordre somatique ou psychique. L'intervention du psychiatre s'impose un jour. Des étiquettes variées peuvent être utilisées par lui : dystonie neurovégétative, état hypocondriaque, état anxieux névropathique ou dépressif, névrose d'angoisse, neurasthénie ou psychasthénie. Quoiqu'il en soit des différences apparentes qui justifient la diversité de ces dénominations diagnostiques, c'est plutôt vers la découverte d'une inadaptation prolongée que vers celle d'un choc émotionnel précis qu'entraîne l'investigation anamnétique. Nous avons pu ainsi observer dans le service du Médecin-Commandant COIRAULT de nombreux cas de ce type, où n'intervenaient pas ces chocs émotionnels des situations de combat, aux complications desquels l'application de la subnarcose barbiturique a été si bénéfique.

Dans les trois observations présentées ci-dessous le rôle du milieu se limite à des facteurs matériels et psychologiques prolongés mais non brutalement traumatisants. Ces facteurs sont connus des psychiatres militaires ; FRIBOURG-BLANC les a groupés ainsi : le déracinement, le transport dans un monde nouveau, la promiscuité, les émotions diverses, les ordres standards, l'incompréhension et l'indifférence possible des chefs, puis la fatigue, les petits malaises physiques, le gradé redouté, la nostalgie familiale et "pour les sujets mariés le souci du foyer où ils ne rapportent plus leur paye"

Ce sont là des facteurs de poids affectif en apparence mineure mais dont le rôle contraignant se maintient. Ils appartiennent aux facteurs d'une pathologie de la tension émotionnelle chronique, telle que l'a défini l'école psychosomatique, dont les mécanismes sont décrits par J. DELAY : "Si l'émotion-choc est biologiquement traumatisante, il en va de même de la simple tension émotionnelle dont les effets, pour être moins spectaculaires, ne sont pas moins nuisibles : elle ne se distingue de l'émotion-choc que comme en pathologie l'état chronique de l'état aigu, et il est bien certain que si l'émotion-choc est source de tension émotionnelle, la tension émotionnelle est de l'émotion-choc en puissance. Ces états de tension émotionnelle dépendent souvent moins d'événements traumatisants que de complexes

affectifs sub-conscients de l'individu et des situations vitales auxquelles il fait effort pour s'adapter".

Les éléments de la situation vitale actuelle sont connus, chez nos sujets, sous la forme des contraintes d'un milieu artificiel. Ce que l'on apprécie plus difficilement ce sont ces liens personnels, familiaux et sociaux qui caractérisaient l'existence de l'incorporé avant le départ, leur valeur, leur évolution une fois le sujet éloigné et aussi, donc, les "complexes affectifs subconscients", la part qu'ils jouent dans le syndrome actuel et finalement la possibilité ou l'impossibilité de leur intégration à la situation nouvelle.

Une investigation barbiturique se justifiait ainsi chez ces sujets à plusieurs points de vue. Elle a permis de retrouver ces liens "psychosomatiques" qui unissent une tension affective habituellement contrôlée par le sujet avec l'anxiété et les troubles neuro-végétatifs ; elle a montré aussi la complexité des situations affectives ou sociales due partiellement à l'incorporation ; elle a enfin donné un aperçu de la valeur, de la force de la personnalité antérieure. Le nombre des séances, considéré le but limité d'éclaircissement diagnostique, allait de 2 à 4 ; l'attitude du médecin était relativement passive, avec pour seul but l'extériorisation d'émotions contenues ; cependant toujours s'observait une amélioration relative et variable certes mais nette, de l'état clinique.

Ière OBSERVATION.- K. 21 ans, apprenti ajusteur, originaire du Finistère, appelé, 8 mois de service déjà accomplis, entre dans le service en 1956. Il est hospitalisé avec le diagnostic d'état dépressif anxieux. Le début des troubles assez brusque, remonte à 5 mois. L'aggravation progressive nécessite une première hospitalisation dans un service de médecine générale où l'on a pratiqué un traitement mixte phénergan-chlorpromazine, à des doses moyennes, traitement qui s'est avéré insuffisant. La symptomatologie actuelle comporte des douleurs mal systématisées, intercostales, dorsales, occipitales, des palpitations avec constriction thoracique angoissante, des brûlures gastriques, des impressions de torsion, des nausées à l'alimentation, avec amaigrissement. Le sommeil est difficile à obtenir, souvent troublé par des cauchemars, cadavres, enterrements. Il existe une hypersthénie affective, avec irascibilité, contrastant avec un sentiment paradoxal d'asthénie. L'examen somatique est négatif. Dans les antécédents, on note le décès du père, ouvrier agricole, en 1953 à l'âge de 65 ans, d'un cancer pleuro-pulmonaire après une évolution de plusieurs années. Absence d'antécédents héréditaires psychiatriques. Trois collatéraux sont en bonne santé et mariés. Une soeur plus jeune vit auprès de la mère. Le développement psychomoteur du sujet a été normal. On note du point de vue psycho-

logique une tendance à la solitude, un certain mépris des camarades campagnards. Après l'obtention du certificat d'études, K. a fait 4 ans d'apprentissage d'ajusteur mais n'a pas pu exercer cette profession, fixé auprès des siens par la maladie puis l'absence du père.

Le début des troubles a succédé à l'entrée de K., infirmier militaire, dans un hôpital où il était souvent chargé de la surveillance nocturne de malades en état grave. Il a ainsi veillé auprès de plusieurs délirium tremens, dont certains sont morts sous ses yeux et d'un jeune traumatisé crânien qui agonisa toute une nuit. Ces faits que le sujet aborde avec réticence et qui sont proches des thèmes des cauchemars font soupçonner l'existence d'un traumatisme émotionnel, la subnarcose montrera l'inexactitude de cette hypothèse.

Au cours de la première séance (pentothal 0,50 gr. poussés) jusqu'au demi-sommeil) le sujet apparaît tendu, sténique, exaspéré. Certes les récits, que l'on cherche à provoquer, des visions récentes pénibles, sont obtenus mais sans décharge émotionnelle profonde. Les thèmes révélés avec une certaine agitation et beaucoup d'irritation, tournent essentiellement autour de la situation familiale. Déjà avant la mort du père, le sujet était "soutien de famille", ce rôle a duré jusqu'à l'incorporation. En fait, K. n'aimait pas les travaux de la terre qu'il lui fallait exécuter pour aider sa mère, l'apprentissage d'ajusteur devait lui permettre de rejoindre la ville. Mais le service militaire a empêché la réalisation de ce projet ancien. Il ne peut plus aider sa mère, la situation actuelle est insatisfaisante sur le plan de ses intérêts longuement différés déjà et de son devoir familial. K. décrit ses troubles, se plaint d'avoir été mal soigné, de se trouver sans avenir, il craint de ne pas guérir. La deuxième et la troisième séances se déroulent sur un ton un peu moins élevé. K. dort mieux, les phénomènes neuro-végétatifs s'atténuent, semblent plus sensibles aux sédatifs. Au bout de 6 semaines, K. part en convalescence nettement amélioré.

Le diagnostic de névrose émotionnelle est infirmé par l'exploration barbiturique. Certes les scènes pénibles récentes ont pu jouer un rôle, mais sur un sujet déjà sensibilisé par la longue maladie et le décès de son père, des éléments d'ordre caractérologique retiennent plus l'attention : la sthénie affective qui marquait le tableau clinique paraît en continuité avec une certaine rigidité volontaire dont témoigne le désir précoce de quitter le milieu rural, le sens très aigu des devoirs familiaux. Ceci n'est qu'une note dans l'ensemble, mais permet de rappeler que l'école psychosomatique tient grand compte de telles tendances dites "perfectionnistes" dans le déterminisme de syndrômes anxieux de l'adulte jeune (WEISS et ENGLISH, 1946, p. 220)

IIème OBSERVATION.- C. âgé de 21 ans, appelé ayant déjà fait 8 mois de service, peintre en bâtiment de sa profession, est adressé en consultation pour "troubles du comportement". Ces troubles sont les témoins d'un état anxieux ancien dont les poussées paroxystiques deviennent depuis quelques mois plus fréquentes. Le début remonte à l'âge de 10 ans, sa cause est précise. C. se trouvait en Normandie lors du débarquement en 1944. Pendant plusieurs semaines, il a vécu une existence dramatique sous les bombes. Un jour, enseveli, il est resté trois heures sans connaissance et a appris au réveil le décès de son père et d'une soeur un peu plus âgée que lui. Aucune lésion organique n'a été constatée à la suite de ce traumatisme. Une anxiété tenace a marqué toute son adolescence. Une aggravation est apparue à l'âge de 17 ans avec angoisses, phobies, mentisme verséral, pendant plusieurs mois. Puis l'état de C. paraît s'être stabilisé. Le service militaire, où C. occupe le poste assez confiné d'opérateur-radar, a réactivé progressivement tous les troubles. A des phénomènes déficitaires, lassitude, dégoût de soi, troubles mnésiques, indécision, s'associe toute une efflorescence anxieuse : désarroi mental, mentisme avec impression de folie prochaine, insomnie et cauchemars, idées absurdes incoercibles, phobies d'impulsion, "crainte de faire du mal, de faire des blagues", phobie labile des couteaux, des marteaux, de monter dans un train (parce qu'il a déjà souffert là d'une crise d'angoisse). Sur ce fond actuel d'intensité variable apparaissent de soudaines crises anxieuses où les phobies s'exagèrent accompagnées de phénomènes neuro-végétatifs, tremblements, pâleur, sueurs, jambes flageollantes. On note aussi une tension musculaire généralisée, des brûlures gastriques, des palpitations à l'effort, des cénesthopathies crâniennes, un appétit peu vif. L'examen somatique ne révèle aucun symptôme organique.

La mère de C. est en bonne santé, remariée depuis 5 ans. C. va la voir régulièrement, mais évite son beau-père, minutieux, ennuyeux. Il s'est marié il y a peu de temps et à "des ennuis", à ce propos, depuis 6 mois. Dès le début la belle-mère "cherchait toutes sortes d'affaires pour nous ennuyer", elle paraît psychopathe, son mari serait alcoolique. C. est "un peu déçu" par son épouse et ces premiers mois difficiles de mariage et de séparation. Cette situation lui donne un sentiment accru de solitude, tout en retenant bien plus son attention que le milieu militaire auquel il s'intègre mal.

Des sédatifs et une convalescence en milieu familial se sont avérés insuffisants. Une nouvelle hospitalisation s'impose. Une brève série de narcoses est décidée dans le but d'éclaircir le diagnostic et avec l'espoir de diminuer la tension émotionnelle.

La première narcose (Pentothal : 0,50 gr.) fait apparaître, dès l'injection des premiers cc. une décharge émotionnelle intense. C. s'agite, pleure, gémit, frappe le mur à grands coups de poing, profère des injures : "Les salauds, les salauds !" et se frappe la face. Les salauds : ce sont l'administration, l'armée. On n'a pas voulu accorder à sa soeur le titre de "décédée pour la France". Et c'est pour cela qu'il est obligé de faire toutes ces "bêtises", de perdre son temps et sa santé dans ces activités militaires. Il épanche, en formules anti-militaires, antisociales, sa haine pour cette société mal faite, et finalement se calme peu à peu. Le récit prend une allure plus détendue. Avant le service, il se sentait toujours inhibé, contrôlant dans ses rapports avec autrui une tension intérieure souvent élevée qui pouvait se révéler au cours d'ivresses peu fréquentes mais faciles, au cours desquelles, "comme maintenant il racontait sa vie". Il recherchait la fatigue physique dans un surcroît de travail, "jusqu'à l'abrutissement", afin de trouver le soir le sommeil. Sa femme et sa mère sont les seuls êtres humains pour lesquels il éprouve de l'affection. Le soir de cette séance, il se sent fatigué, mais après une nuit très calme, il est dispos. Une conversation entreprise trois jours plus tard essaie de revenir sur les thèmes, mais C. dit ne pas s'y intéresser beaucoup : "Je me sens mieux simplement, c'est comme si je n'étais pas à l'hôpital". Il dit savoir que ses troubles remontent aux bombardements, il évoque les journées passées à la porte des caves dans l'attente des alertes.

Une seconde séance s'accompagne d'une libération émotionnelle de mêmes thèmes mais moins intense et surtout moins agressive. C. pleure en exprimant son désarroi face à lui-même, il se considère comme "dingue" : "J'avais des obsessions, je me réveillais la nuit. Je me levais plusieurs fois pour voir si la porte était bien fermée". Jusque là il n'avait confié ces faits à personne ; on le trouvait bizarre, pensait-il, mais l'opinion d'autrui lui importait peu, replié sur sa lutte angoissante avec lui-même. Il allait régulièrement en Normandie se recueillir et pleurer sur la tombe de son père et de sa soeur. La nuit qui succède à cette narcose est pénible, assez agitée.

Quelques jours plus tard, C. conserve l'amélioration constatée à la suite de la première narcose. Le sommeil est meilleur, l'asthénie moindre, les troubles neurovégétatifs atténués. Il se mêle plus facilement au groupe de ses camarades. Pendant dix jours, aucun épisode anxieux aigu n'apparaît. On se contente d'une conversation, le sujet étendu dans une demi-obscureté. Il ne subsiste que des souvenirs imprécis des faits émotionnels et des récits qui ont marqué les deux séances de subnarcose. On reprend l'histoire de la maladie, ses liens

avec l'histoire familiale deviennent plus nets. Des vertiges, des "poussées de peur" ont succédé aux émotions aiguës des bombardements, les "idées" sont venues vers 17 ans, après le remariage de la mère. Il a quitté alors le milieu familial, ne venant plus que prendre là ses repas. Assez solitaire, il aimait cependant sortir le soir à cause de ses difficultés d'endormissement. Avec ses camarades, il était timide, se sentait souvent "absent" loin du milieu, en proie à une "sorte d'étrangeté intérieure". De temps en temps, il revoit le cimetière de Normandie, ces images apparaissent presque au dehors du contrôle de sa volonté, "comme des rêves", avec des sentiments de peur et accompagnées de l'"impression qu'il n'est plus qu'un gosse". Quelques conversations permettront de maintenir un contact rassurant et de vérifier la stabilisation de l'amélioration obtenue. Une décision de réforme est prise par l'Autorité Militaire.

Cette observation se rapproche des faits décrits par l'école psychanalytique sous le nom de névrose traumatique dont O. FEMICHEL (24 p.144) groupe ainsi les symptômes : "... le blocage ou l'affaiblissement des diverses fonctions du Moi ; les crises émotives incoercibles... ; les insomnies ou les troubles graves du sommeil avec rêves typiques où le traumatisme est constamment revécu ; ou encore la répétition mentale - à l'état de veille - de la situation traumatique en tout, ou partie, par le moyen de rêveries, pensées ou sentiments ; enfin des complications névrotiques secondaires". La symptomatologie de l'état de C. se rapproche de celle de ces "névroses traumatiques". Les subnarcoses nous montrent la vivacité actuelle du traumatisme initial et, surtout, le lien mis par les faits entre ce traumatisme et la situation actuelle. Dans le milieu militaire, trop rigide pour lui, ou lié symboliquement au traumatisme initial, C. évolue depuis le palier d'une anxiété et d'angoisses qui ont leurs rémissions à celui d'un état anxieux et dépressif où la personnalité paraît sombrer dans le malaise viscéral, le dégoût vital, l'intolérance irritée au milieu, ou des constructions psycho-névrotiques fugaces, obsessionnelles ou phobiques surtout. On est en droit d'employer le terme d'abréaction devant les manifestations émotionnelles obtenues dans la mesure où l'incorporation a réalisé un nouveau traumatisme psychologique, plus ou moins aigu, et où il a fallu l'état de subnarcose pour que ces manifestations soient libérées dans leur pleine ampleur. Il est évident que du point de vue thérapeutique, on est loin d'avoir obtenu la "catharsis" classique et complète. A la détente émotionnelle cependant observée, ont participé aussi quelques conversations rassurantes et la perspective d'une solution de réforme, la fragilité de la personnalité du sujet apparaissant clairement au cours de l'hypnagogie.

IIIème OBSERVATION.- B., âgé de 21 ans, appelé, ayant fait 13 mois de service, auparavant ajusteur dans la région parisienne, marié et ayant un enfant, consulte en octobre 1955 pour "dystonie neurovégétative". Le sujet décrit des crises anxieuses de durée variable, parfois 10 minutes, parfois des heures pendant plusieurs jours de suite, marquées de palpitations, de striction thoracique avec angoisse. Il ressent en même temps des "chocs partout", une sensation de froid diffuse et des céphalées occipitales. En dehors de ces phénomènes paroxystiques existe un fond de lassitude et d'apragnatisme, d'asthénie associée à des vertiges subjectifs, d'insomnie avec cauchemars, d'humeur triste avec taedium vitae, cafard, il est devenu solitaire, irritable, encourageant diverses punitions. Enfin aux crises sont associés des pleurs, des idées de suicide. Ce syndrome évolue depuis 10 mois environ. B. en rattache l'origine à une série de soucis personnels. Son appel à l'armée a été inopiné ; sa fiancée était enceinte, il pensait se marier très prochainement, lorsque le départ est venu interrompre brusquement la réalisation de ces projets. Sa fiancée a eu peur qu'il ne l'abandonne. L'attente s'est prolongée car à Casablanca, où s'écoulaient ses premiers mois de service, la demande de mariage s'est égarée dans les tiroirs de l'administration. Une première période d'irritation, d'anxiété, de dépression s'est installée alors. Il a pu se marier cependant en Janvier 1955. Mais l'amélioration est demeurée incomplète et lors du retour à Casablanca, les phénomènes anxieux sont apparus à nouveau. Deux hospitalisations n'ont pas suffi, ni un rapatriement en France malgré le rapprochement familial.

Son père et sa mère sont d'origine algérienne musulmane, installés depuis 30 ans à Paris. Six collatéraux en bonne santé. Pas d'antécédents psychiatriques héréditaires. B. a été élevé à Paris, son père a su se créer une situation professionnelle stable, permettant à ses enfants une instruction et une adaptation européennes valables. B. ne se distingue que par son nom, à consonnance arabe, du conscrit moyen. Il possède le certificat d'études et un certificat d'aptitude professionnelle. Après ces études, qui ont duré jusqu'à 17 ans, il travaille 3 ans comme ajusteur. Vers l'âge de 18 ans, il présente un état anxieux, palpitations, peurs immotivées, émotivité accrue, à la suite d'une angine. Il sortait alors beaucoup le soir, avec des camarades, fréquentait assidûment les bals. Sa mère lui reprochait souvent ses rentrées tardives. Ces phénomènes anxieux disparaissent grâce à une régularisation de son mode de vie, mais il reste durant deux ans assez déprimé, facilement triste, plus solitaire.

Première subnarcose. (Pentothal : 0,50gr.) Dès les premiers cc. apparaît une crise de larmes, avec agitation, qui va durer 10 minutes sur le thème : "J'en ai marre de tout !" Quand le contact peut être repris, il fait à nouveau le récit de ses mésaventures mais aussi de problèmes familiaux plus

anciens, sur un ton émotionnel qui en révèle l'acuité encore actuelle. Il s'agit de mésentente entre ses parents, son père joue aux courses et va au café, sa mère ne peut l'admettre, souvent B. était obligé de s'interposer dans leurs disputes. Toute la séance porte sur ces faits.

Deuxième subnarcose, B. parle, sur un ton à la fois las et irrité, agressif, de son séjour au Maroc. A Casablanca, en patrouille, il a dû relever les corps des victimes d'un attentat, il a conservé le souvenir d'un spectacle horrible. Il méprise les musulmans : "ce sont des paresseux, il faudrait tous les tuer !" Ainsi réapparaissent les éléments de sa situation sociale inconfortable. Il admire beaucoup son père de ne s'être jamais mêlé de ces problèmes, de s'être occupé avant tout de sa situation matérielle et de celle des siens. Il parle des petites persécutions, des brimades de chambrée auxquelles son origine l'expose.

Une troisième subnarcose retrouve ces mêmes problèmes, racial, familial, conjugal. B. raconte des fiançailles assez anarchiques dont l'origine fut une liaison de bal. Puis il a rompu avec la jeune fille trouvée trop coquette, volage et a renoué devant ses instances. Elle désirait l'épouser. Un enfant étant annoncé, il a accepté. Il l'estime, lui est très attaché.

L'état de B. entre les séances s'améliore progressivement. Il dort mieux, l'acuité des phénomènes neurovégétatifs s'atténue mais il présente de temps en temps encore des crises d'angoisse avec impression d'étourdissement, malaise moral, dégoût vital, idée obsédante de la mort. Le contact avec l'entourage est meilleur. Au cours des conversations intercalées entre les séances, il revient sur ses problèmes en termes plus généraux : il n'aime pas la vie de caserne, il ne peut pas "s'abaisser" à la discipline. Une dernière narcose se terminera par une crise d'agitation et de larmes, après le récit, à nouveau, des difficultés nées dans le milieu familial du mauvais caractère du père et de ses frasques.

Chez B. la subnarcose fait apparaître au-delà des phénomènes anxieux durables ou paroxystiques une tension émotionnelle élevée qu'entretiennent des conflits multiples. Si le milieu et le hasard ont favorisé l'apparition de problèmes raciaux, l'injection barbiturique montre que des manifestations émotionnelles marquées, accompagnent l'évocation d'un milieu familial depuis longtemps troublé. La sédation relative apportée est évidemment fragile, B. sera incapable de s'adapter au milieu militaire. Il apparaît que cette situation mal supportée est au centre du problème psychologique actuel. Une solution de réforme est adoptée.

L'anxiété et les manifestations somatiques recouvrent dans ces cas étudiés une tension affective à peu près permanente que la subnarcose a le double effet de révéler puis d'apaiser. Ces deux phénomènes, l'expression d'émotions jusque là contrôlées et la sédation psychique et somatique qui lui fait suite, paraissent liés l'un à l'autre et dus à l'action simultanée de la drogue, dissolution de la conscience vigile avec reviviscence émotive et sédation pharmacologique.

1°) Le mécanisme de cet apaisement est donc complexe. Le barbiturique lui-même possède une activité pharmacologique sédative sur le système nerveux central. De plus, sur un plan qui demeure biologique, il semble exister un second phénomène, celui de la libération d'une énergie, dérivée habituellement chez ces sujets "dans le système nerveux tonique et viscéral", selon l'expression de J. DFLAY, et que la subnarcose ramène par cette libération dans la sphère normale de l'expression des émotions, le système musculaire expressionnel, les gestes, la minique, le langage. C'est dire qu'intervient aussi un processus d'ordre psychologique. Cette expression se fait par la communication de conflits, de complexes idéo-affectifs précis, à thèmes de culpabilité ou d'agressivité, à un interlocuteur médical, libéral et rassurant. Le médecin forme le pôle réceptif indispensable à ce dialogue. Sa présence, son contact rend aux émotions, jusque là dérivées sans que le sujet en ait une claire conscience, leur caractère personnel, leurs motifs. L'image du fait passé à propos duquel elles ont pu naître. C'est en ce sens que l'on peut parler d'abréaction, l'émotion, connue comme anxiété ou trouble cénesthésique, est réintégrée dans l'histoire affective du sujet.

2°) Dans les caractéristiques des libérations émotionnelles les plus violentes, se tiennent au premier plan les manifestations de l'agressivité du sujet contre le milieu actuel pénible. Ces cris, ces injures, ces malédictions explosent d'emblée et semblent déterminer dans ces trois cas, la part la plus manifeste de l'amélioration constatée. Elles paraissent directement liées aux conditions actuelles de vie, à leur pression sur un sujet qui les ressent comme insupportables.

3°) Une fois apaisées ces manifestations, des liens indirects se font jour avec l'état affectif antérieur, avec des problèmes d'ordre névrotique, soit un attachement ambivalent le plus souvent, à un milieu familial anormalement structuré et anxiogène, soit les séquelles d'un traumatisme affectif grave (C.), d'ailleurs impliquant lui-même le cadre familial du sujet.

Il est certain que chez ces malades, il n'a pas été obtenu de "guérison" mais simplement l'amélioration symptomatique des faits actuels les plus patents, les plus aigus que la subnarcose a eu aussi l'avantage de mettre en pleine lumière dans le tableau clinique, à savoir les complications psychiques, cénesthésiques et viscérales d'une tension anxieuse élevée. Un dernier fait est à souligner : le meilleur bénéfice tiré par ces sujets des thérapeutiques sédatives ambulatoires après le traitement de subnarcoses.

UN CAS DE NEVROSE OBSESSIONNELLE

Si le nombre des névroses émotionnelles, des états anxieux et dépressifs-anxieux, traités par la subnarcose barbiturique est relativement important comme en rend compte la littérature médicale, il n'en est pas de même pour les psycho-névroses et en particulier pour les névroses obsessionnelles. La difficulté de l'approche psycho-thérapeutique de tels cas est probablement la cause d'une abstention prudente de la part de médecins non spécialisés. A la simple subnarcose barbiturique où le rôle du médecin est relativement clair, dans la recherche active d'abréactions émotionnelles, ou par une présence rassurante suffisante, où le nombre des séances est peu élevé, on a opposé les "psychothérapies sous narcose" (J. DELAY) où la personnalité, l'intervention et le temps du psychothérapeute sont mis à contribution de façon plus profonde :

"Aux névroses institutionnelles ou caractérielles convient un traitement moins simple et plus prolongé où intervient au maximum le rôle du transfert affectif, inséparable de tout travail de rééducation émotionnelle". (14 p. 486)

Cependant dans des cas de névroses obsessionnelles des résultats paradoxalement heureux ont étonné certains auteurs. P. SIVADON et coll. (41) ou F.G. von STOCKER apportent ainsi la preuve que des possibilités psychothérapeutiques sont offertes à la subnarcose barbiturique dans ce domaine difficile. Une méthode d'approche voisine a été utilisée par T. ROTHMAN et K. SWARD (35) qui associent pentothal et amphétamine dans la même seringue chez des sujets atteints de psycho-névroses dont l'évolution ne paraît pas influencée par des cures psychanalytiques d'une durée allant de 6 mois à 3 ans. Dans un groupe de 16 cas, dont la structure "obsessionnelle-compulsive" ancienne manifestait la gravité, 13 malades ont présenté en un nombre relativement peu élevé de séances une amélioration moyenne ou très franche. L'état induit par cette association médicamenteuse est probablement assez différent de celui caractéristique de la subnarcose barbiturique ; de tels résultats prouvent cependant que les états psycho-névrotiques ne sont pas hors de portée de psychothérapies non strictement psychanalytiques où un apoint pharmacologique joue un rôle primordial.

Il paraît utile de rappeler ici l'importance que prennent dans l'état obsessionnel des faits affectifs actuels, en particulier l'anxiété et les désordres neurovégétatifs et cénesthopathiques. Une partie de l'école psychiatrique française a définitivement assuré

ce fait, il suffit de rappeler les noms de MOREL, LEGRAND DU SAULLE, PITRES et REGIS, auxquels se sont joints plus récemment H. BARUK (3), H. CLAUDE et H. EY (10). Sur la sémiologie anxieuse associée aux phénomènes proprement obsessionnels, on peut attendre de la sub-narcose barbiturique une action sédatrice. Cette sédation peut paraître devoir à priori être brève, devant la complexité psychopathologique de tels affections, parfois cependant elle se prolonge, favorisée par la révélation d'une situation conflictuelle encore agissante (41), où l'abréaction émotionnelle opportune détermine un soulagement durable, une rééquilibration sur un plan affectif plus favorable au malade. Il est connu, certes, que ces sujets hypersensibles, dont les qualités affectives et intellectuelles dépassent souvent et de beaucoup les réalisations vitales et sociales concrètes, peuvent entrer dans un dialogue confiant et, pour eux, encourageant, avec le médecin qui peut soulager leur tension anxieuse.

IVème OBSERVATION.- Melle T. âgée de 39 ans, femme de ménage, est hospitalisée le 13.7.1957 à l'Hôpital Henri-Rousselle pour une "réaction dépressive sur fonds psychasthénique et hyperémotif". Elle vit seule avec sa fillette âgée de 10 ans dans une chambre de bonne. Elle gagnait sa vie en faisant des ménages mais a dû interrompre son travail en janvier pour des douleurs précordiales, une asthénie progressivement accrue, des céphalées en casque, des troubles du sommeil, mentisme vespéral, cauchemars, des douleurs dorsales et des troubles digestifs. Depuis janvier, une hospitalisation en service de médecine générale et un repos de plusieurs mois se sont révélés insuffisants au point de vue thérapeutique.

Au cours de l'examen psychiatrique, on note une présentation de sub-agitation anxieuse, manifestée par une tension anxieuse élevée et des crises de larmes. Réticente ou parfois un peu théâtrale, la malade révèle par bribes et allusions un syndrome obsessionnel ancien. Ces préoccupations obsessionnelles sont de thème sexuel. Elle ne les évoque que par paraphrases et dit les combattre par le travail, la lecture, une occupation permanente seule l'en délivre mais entraîne elle-même des réflexions obsédantes secondaires au sujet de la valeur de son existence, du caractère insatisfaisant de son travail, surtout manuel, subalterne et mal rétribué, au sujet de l'éducation et de la psychologie de sa fillette enfin. Elle reconnaît avoir toujours été méticuleuse, un peu vérificatrice, très consciencieuse. T. a déjà présenté entre 20 et 24 ans des manifestations obsessionnelles érotiques, mêlées à des inquiétudes mystiques alors qu'elle travaillait dans un hôpital confessionnel. Réticente, elle dit seulement, à propos des obsessions subies à l'époque : "les statues prenaient un air

vivant", "son attention se tournait toujours vers ces mêmes choses" (préoccupations érotiques). Son confesseur et les personnes de son entourage à qui elle confiait ces luttes intérieures et ces phénomènes lui conseillaient uniformément ... le refoulement : "Tout ça, ce sont des tentations". Ces obsessions disparurent pendant une quinzaine d'années et ont repris en janvier.

Le curriculum vitae paraît assez sombre, marqué dans l'enfance de frustrations affectives indéniables et à partir de l'âge adulte, d'avatars pénibles. Enfant naturelle, après 6 mois à la charge de l'Assistance Publique, elle est confiée aux grands-parents maternels. Elle est élevée dans un village de Bretagne. Dans cette famille aux principes religieux stricts (deux sœurs de la mère sont religieuses), T. est considérée, selon ses termes, comme l'"enfant du péché". Isolée dans sa famille, il en est de même à l'école. Inhibée, solitaire, elle répond avec timidité aux interrogations, et malgré ses qualités intellectuelles, T. demeure en marge de la collectivité. Elle travaille ensuite dans des fermes jusqu'à 17 ans. La mère apparaît rarement, elle meurt alors que T. est âgée de 5 ans d'une affection que T. dit ne pas connaître. A 18 ans, T. part comme gouvernante à Paris, mais sa grand-mère la rappelle auprès d'elle au bout d'un an. Elle entre alors comme fille de salle dans un hôpital voisin, où elle restera jusqu'à 25 ans. C'est vers 20 ans que se situe le début de la poussée obsessionnelle qui durera quatre ans. A 25 ans, en 1944, T. se lie avec un officier sud-américain ; il la quitte, enceinte de 4 mois après 3 ans de vie commune. Naît alors une fille. Une nouvelle liaison, un an plus tard, avec un industriel, marié, assurera à T. pendant quelques années une certaine stabilité et au moins le minimum matériel. Cependant, elle rompt au bout de près de 3 ans à cause du caractère volage du partenaire et des nombreuses sorties nocturnes qu'il lui demande. Elle dit à ce propos : "J'ai choisi de m'occuper de ma fille". D'ailleurs, elle s'ennuie en société, présente alors des sentiments d'infériorité, s'incrimine elle-même. Indépendante, mais laissée à ses seules ressources T. gagne sa vie en faisant des ménages et en assurant de plus les soins dus à sa fille. Celle-ci est assez fragile, de caractère facile mais trop secrète au point de vue de sa mère.

Dans les antécédents, on note une fausse couche effectuée en 1950, pas de maladie grave, ni d'antécédents psychiatriques héréditaires. Une sœur est actuellement en bonne santé. L'examen somatique montre un état saburréal des voies digestives avec constipation habituelle, l'absence de support organique aux plaintes de la malade, en dehors d'une prédominance ventriculaire droite à l'E.C.G. et d'une décalcification légère diffuse à la radiographie du squelette vertébral.

Un traitement de barbituriques et de neuroleptiques à doses modérées a été institué pendant quelques semaines, mais son action se révèle médiocre. Une série de subnarcoses barbituriques est décidée dans le but d'atténuer la tension anxieuse et d'assurer le diagnostic dont les réticences de la malade cachent les nuances.

Première subnarcose. 29.8.1957. Pentothal 0,50 gr. Dès le début de l'endormissement la malade pleure, émet à plusieurs reprises et en s'agitant la crainte de voir réapparaître la période de désarroi vécue vers 20 ans. Cette anxiété dépressive durera tout au long de la séance et imposera un réendormissement final. Le début de l'épisode actuel remonte à décembre 1956, au décours d'une longue période de tension et de nervosité. T. s'est sentie sans force, sans élan pour poursuivre une vie dure, qui lui demandait un effort physique de tous les instants. T. revient vers son enfance qui s'est écoulé auprès d'une grand'mère sourde et peu démonstrative. Elle se sentait entourée de réticences, de commérages à demi-mots, à propos de sa naissance, de sa mère. T. confie plus facilement qu'à l'état de veille, le développement d'abord volontaire des pensées érotiques "qu'elle a poussé jusqu'à l'émotion profonde". Deux tantes religieuses, l'avaient prise moralement en charge et confiée ainsi à la supérieure de l'hôpital. T. se sentait trop différente, sans vocation religieuse. Les pensées érotiques et les émotions qui les accompagnent se mêlent aux pratiques religieuses. T. cultive un certain temps le blasphème ou le sacrilège... intérieurs. La lutte obsessionnelle naît cependant rapidement, "c'était un effort d'énergie considérable par le travail physique et intellectuel", par l'abrutissement recherché dans des tâches matérielles ou des lectures religieuses imposées.

Deuxième séance. 2.9.1957. Pentothal : 0,50 gr. Le ton émotionnel est moins élevé. T. évoque des souvenirs pénibles : son enfance scolaire. De 5 à 10 ans, elle a été soumise à une maîtresse qui l'avait prise comme "bouc émissaire". Le souvenir d'une humiliation publique revient, très vif : la maîtresse d'école l'accuse à tort d'un vol, fait appeler la grand'mère qui, sans l'écouter, gifle l'enfant devant la classe. Puis ce sont des souvenirs plus heureux, ceux des années de la première liaison, la liberté acquise après une rupture complète avec le milieu familial, mais l'abandon final de l'amant qui suivit en ceci les conseils des siens.

Après ces deux séances où, bien des émotions et des souvenirs prenants ont été remués, une certaine sédation est obtenue avec disparition pendant plus d'une semaine des obsessions. Elles réapparaissent cependant, se mêlent à des cauchemars qui laissent derrière eux des images pénibles, obsédantes elles-aussi : par exemple celle de sa fillette morte, dont le cadavre, dans un placard, apparaît le tronc séparé de la tête. Le soir, lors de l'endormissement ces images se déroulent sous l'aspect d'un

film angoissant.

Troisième séance : 10.9.57. T. raconte avec émotion ses souvenirs de l'hôpital, la toilette des cadavres féminins que lui imposait son emploi à 18 ans, puis le décès de sa grand'mère survenu deux ans plus tard. Le début des obsessions sexuelles date de cette période. Vers 17 ans T. était allée à PARIS, avait beaucoup goûté une relative indépendance, avait eu une liaison platonique avec un homme de 25 ans : "J'étais coquette, je l'idéalisais beaucoup" ; la rupture survient après "un geste déplacé" du jeune homme. A la maison, le grand-père était très dur, mais très juste, il n'était là que le dimanche "mais cela changeait des geignements de grand-mère" "Je lui faisais, à elle, de la peine, et aussitôt, quand elle pleurait, je tombais en larmes. A sa mort, je me suis fait beaucoup de reproches". T. acquiert tôt la connaissance des faits sexuels, le milieu campagnard favorise un contact précoce avec des scènes érotiques. Elle se souvient des jeux sexuels de compagnons, jeunes pâtres. Puis seront évoquées ses liaisons. Elle expose enfin les caractéristiques des obsessions actuelles, qui naissent lors de la rencontre d'individus masculins.

Revue entre les séances, T. apporte des comptes rendus des faits et des émotions exprimés en subnarcose et de ses rêves, sombres et fréquents. L'intensité émotionnelle de ces séances s'atténue peu à peu, leur contenu se diversifie. Au cours des entrevues, elle fait le récit de souvenirs oubliés, réapparus récemment; c'est par exemple, raconté sans grande émotion, la rencontre vers l'âge de 7 ans d'une exhibitionniste, ou les persécutions qu'a pu lui faire subir une cousine de son âge venue passer quelques mois de son enfance chez la grand'mère, ou enfin le climat des réunions familiales, sévères, entre la grand'mère et les tantes, où le comportement de chacun était soupesé et l'avenir de l'enfant ou de l'adolescente décidé. Le comportement de sa mère était évoqué en termes voilés : "On lui avait pardonné, surtout parce qu'elle était morte", dit T.

Quatrième séance : 17.9.1957. T. exprime les sentiments d'infériorité qu'elle ressent auprès de sa soeur, qu'elle décrit cependant en un tableau assez péjoratif. Elle révèle un fait d'importance psychologique et sociale manifeste : elle ne possède pas d'état civil. T. n'a pas été déclarée à la naissance, on n'a trouvé aucune trace administrative de cette dernière. Sa famille n'a rien fait pour régulariser cette situation. On lui a simplement répété qu'elle ne pourrait jamais entrer en religion ou se marier, faits qu'elle n'a pas vérifiés. Le problème administratif et social a pris une acuité progressive : elle n'a pas pu devenir infirmière, ni bénéficier d'avantages sociaux à la naissance de sa fille. Une assistante sociale, seule dépositaire de ce secret, l'aide cependant à entamer un procès pour régulariser cette situation.

La malade est plus détendue, son contact est confiant. Des périodes d'espoir et d'activité, tranchent sur le fond asthénique et anxieux. Dans le service, elle fait figure d'isolée, se lie peu. Les obsessions sexuelles apparaissent par intermittence. L'apprentissage de la relaxation selon la méthode de SCHULTZ paraissant devoir être un appoint à la sédation psychologique, elle se rend deux fois par semaine à la consultation spécialisée d'Henri-Rousselle, régulièrement et avec le sentiment d'un bénéfice réel. Au cours des entrevues, elle est à même de parler avec une moindre gêne de la genèse et des caractéristiques de ses obsessions. Trois subnarcoses sont encore pratiquées. Ainsi par touches progressives, se complète, au point de vue diagnostic, l'ensemble de l'évolution et s'assure peu à peu au point de vue thérapeutique une raréfaction des obsessions et une atténuation parallèle de la tension émotionnelle et des malaises viscéraux.

T. précise ainsi que les obsessions sexuelles sont apparues au cours de la maladie de sa grand'mère, en 1938, à 20 ans, à l'hôpital et à une date précise, au cours d'une conversation avec une religieuse, et fait étrange, à la vue d'un chat. Elle avait déjà des répulsions de type phobique face à ces animaux, que sa grand'mère elle-même détestait. T. se souvient d'avoir dès son jeune âge, guetté la nuit les bruits du dehors où les cris des chats étaient fréquents "parmi bien d'autres bruits effrayants". Son imagination d'enfant émotive et solitaire était nourrie par son grand-père, de légendes bretonnes inquiétantes. Elle eut même un soir, vers 10 ou 12 ans, la vision dans sa chambre, d'un spectre, ombre qui disparut rapidement. Quoi qu'il en soit de ces tendances imaginatives et phobiques, c'est à la vue d'un chat, au cours d'une conversation, qu'elle s'est sentie irritée, comme à l'habitude par cet animal, puis soudain "transformée en homme avec des idées malsaines". Cette "expérience primaire" avec l'appoint cénesthésique d'une émotion sensuelle soudaine, s'est répétée ensuite, diversifiée, a été acceptée, développée en de nouvelles expériences, puis considérée avec remords. Son développement s'est fait par contamination des objets religieux qui prenaient un halo érotique, c'était un crucifix, des statues d'église qui semblaient se transformer, sur lesquels T. voyait des formes sexuelles masculines. Elle note qu'au début alternaient des phases d'abandon à ces illusions vivides ; accompagnées d'émotions sensuelles et de lutte, pour laquelle il fallait que son esprit et son corps trouvent une occupation permanente. Les obsessions se produisent aussi lors de la rencontre d'hommes, et T. associe à un surmenage permanent une claustration, existence monacale qui seule donne à la lutte une certaine efficacité. Les confessions ne la soulagent guère. Son comportement donne parfaite satisfaction à l'entourage ; rien ne

transpire au dehors de ces émotions et de cette lutte, jusqu'au jour où à 25 ans, T. décide d'échapper à ce milieu et à sa famille. Les obsessions disparaissent et la liaison qui fait suite à la rupture familiale permet à T. un certain épanouissement affectif sans angoisse. Les deux liaisons fondées sur des bases fragiles, après quelques années d'équilibre se terminent par des échecs. La naissance de sa fille a pu donner à T. un but. Cependant sa solitude orgueilleuse et honteuse à la fois, son hyperactivité physique nécessitée par la situation matérielle conduisent T. finalement à un épuisement physique et moral, à l'asthénie, aux troubles du sommeil et de l'appétit, à une nouvelle crise obsessionnelle.

L'association de la série de subnarcoses, d'autres thérapeutiques sédatives ou symptomatiques, et de la relaxation détermine une évolution dans l'ensemble favorable. Les obsessions n'apparaissent plus qu'en des périodes espacées et peu durables. Le sommeil et l'état général se sont améliorés. T. quitte le service le 16.11.1957 pour deux mois de convalescence. Les nouvelles qu'elle fait parvenir montrent le maintien de l'amélioration. L'assistante sociale qui s'en occupe signale la reprise du travail. Mais la malade ne reviendra pas consulter.

La subnarcose nous a apporté dans ce cas des renseignements d'ordre diagnostique et une aide thérapeutique sur les caractères desquels, il apparaît intéressant de revenir.

L'épisode initial de la maladie est étroitement lié à une situation vitale pénible, contraignante et cependant acceptée pendant de longues années. T. est consciencieuse, remplit les rôles les plus humbles se plie à une existence quasi-monastique, s'attache à des lectures religieuses et métaphysiques. Ces tendances psychasthéniques cachent cependant une affectivité vibrante, une imagination vive, dont témoignent sur un plan pathologique, l'esthésie visuelle de ses terreurs nocturnes et de ses phobies mineures. L'installation du syndrome obsessionnel accompagne l'éveil des émotions sexuelles et les prend pour thème. La subnarcose montre la cohérence de ce développement. T. est placée dans un milieu familial empreint de religiosité, puis dans un milieu social moralement plus strict encore. Son hostilité à l'égard du milieu qui trouve des racines lointaines dans un isolement affectif ancien ne la pousse guère à trouver le dépassement de soi, que son affectivité réclame, dans des émotions mystiques. Des images sexuelles précoces la guident tout à l'opposé vers un érotisme facilement accepté d'abord puis objet d'une lutte obsessionnelle angoissante. Si l'on veut s'en tenir cependant à une description sémiologique, on est frappé par le

caractère hallucinatoire de ces obsessions sexuelles. Il ne s'agit pas de simples illusions mais de faits quasi-hallucinatoires, tout d'abord impression cénesthésique puis transformation érotique d'objets sacrés, en une situation d'ensemble significative du conflit personnel de T., témoignage de son attitude ambivalente vis à vis du milieu dans lequel elle vit et vis à vis d'elle-même. La subnarcose nous ramène aux caractéristiques individuelles, particulières du cas et nous permet d'intéressantes constatations psychopathologiques. Des exemples de ce type d'obsessions ont été décrits par l'école psychiatrique française. On les retrouve dans l'oeuvre de SEGLAS (40), de PITRES et REGIS (34). Le premier écrivait : "Lorsque l'on interroge des malades atteints d'idées obsédantes quelles qu'elles soient, qu'on examine les différents éléments psychologiques constitutifs de ces idées, il est aisé de noter que chez beaucoup d'entre eux, elles s'accompagnent, sinon d'hallucinations, déjà au moins de représentations mentales quelquefois très nettes". PITRES et REGIS, dans un chapitre consacré aux obsessions hallucinatoires, citent une observation de FERE proche par l'image obsédante du cas de T. Il s'agit de spermatophobie chez une femme de 36 ans, déterminant finalement une phobie du contact masculin : "Plusieurs fois, lorsqu'elle ne pouvait éviter le voisinage assez vite, il lui est arrivé de voir un membre viril en érection, objectivant le danger". PITRES et REGIS ajoutent : "L'hallucination est pour ainsi dire une matérialisation de l'obsession, la transformation de l'idée émotive en sensation extériorisée (p139). De même, H. CLAUDE et H. EY (10) rappellent les mêmes faits en comparant hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions. Ils montrent le rôle de l'affectivité à la base des obsessions.

Ce rôle de l'affectivité peut être retrouvé à l'origine de la réapparition des obsessions, après de longues années d'équilibre relatif. T. réussit à s'arracher à sa solitude étouffante. Les avatars de son existence lui permettent malgré tout une stabilité affective. Le "relèvement du niveau psychologique" pour reprendre les termes de P. JABET, elle le découvre dans l'"excitation" d'une vie indépendante, toute opposée aux directives morales de son milieu familial, mode d'existence qui également apporte une solution au problème sexuel. La présence de sa fillette lui fait redécouvrir d'autres moyens de défense : le travail manuel, la fatigue physique conduite jusqu'à l'épuisement. Cet épuisement des forces psychologiques un jour cependant l'emporte, l'asthénie alors livre T. à nouveau aux automatismes obsessionnels. Le tableau clinique actuel est ainsi complexe. A première vue, il comprend des troubles

neurovégétatifs, cénesthésiques, de l'alimentation et du sommeil associés aux obsessions. La lutte contre ces dernières est mineure. T. les voit naître lors de rencontres fortuites avec des sujets de sexe masculin, elle les ressent avec angoisse. Les premières subnarcoses nous révèlent des manifestations violentes de peur, elles nous montrent l'anxiété liée à la crainte de voir resurgir la période de déroute mentale apparue à l'âge de 20 ans, et s'effondrer ainsi son existence, l'intégrité de sa personnalité lentement et avec peine construite. Cette angoisse actuelle de la déroute mentale, de la "psychose" dit-elle, s'exprime et en même temps s'atténue grâce à la subnarcose.

Ce rôle thérapeutique des subnarcoses se révèle ainsi comme lié aux étapes de l'enrichissement du diagnostic, à la prise d'un contact plus personnel avec la malade, qui, accessoirement, n'est pas sans influence sur le médecin lui-même, plus attentif aux soins à apporter aux malaises d'ordre viscéral ou à la régularisation du sommeil de la malade. L'établissement de ce contact on le doit aux premières narcoses. Chez T. les réticences observées au cours de l'examen psychiatrique, les attitudes gênées, un peu théâtrales, sont les manifestations d'une défense légitime contre l'angoisse, les signes d'une barrière élevée face à autrui par l'hyperesthésie affective. Les premières subnarcoses montrent le débordement émotionnel dont la malade redoute au premier chef l'explosion, au contrôle duquel elle consacre ses forces vigiles, en cette tension qu'exprime son attitude elle-même. La subnarcose permet à la fois l'expression de cette tension par la malade, son contrôle par le médecin, susceptible de la réendormir si les manifestations émotionnelles se prolongent, enfin et surtout un soulagement d'ordre physiologique autant que psychologique. Le rôle pharmacologique sédatif de la drogue joue ici un rôle mais aussi l'expression émotionnelle, son caractère de "crise" biologique et enfin le contact rassurant du médecin auquel la malade confie les thèmes de son angoisse. Contrairement à ses craintes, la malade se retrouve après ces premières séances avec une anxiété atténuée. La disparition très temporaire des obsessions témoigne également, de l'importance de cette première restructuration permise par l'expression psychophysiologique d'émotions contrôlées.

Une deuxième phase se dessine dans les séances ultérieures, ce serait celle d'une psychothérapie infiniment plus délicate, tenant compte de tout le matériel psychologique apporté par la malade, en particulier des images des cauchemars, visant à un réapprentissage psycho-affectif. Les limites matérielles de cette tentative, conduite dans le cadre d'une hospitalisation, avec un temps limité à une dizaine de semaines, associées aux

impératifs d'une prudence tâtonnante de la part du médecin, ne permettaient pas un abord très profond des problèmes psychologiques de ce cas ancien, complexe, organisé. On s'est contenté de conduire le traitement avec un maximum de passivité, à la recherche simplement d'une sédation progressivement accrue de l'anxiété et des malaises neurovégétatifs. On a trouvé bon d'associer une thérapeutique d'apprentissage à l'autosédation, la relaxation. Il est difficile de préciser les déterminants et le déroulement d'un processus éventuel de cure. T. est sortie incontestablement améliorée, a pu bénéficier d'un repos en maison de santé, repos impossible avant l'hospitalisation et le traitement, enfin elle a repris son activité. De cette dernière étape l'on peut dire cependant qu'elle eut pour matière la reviviscence émotive des faits affectifs marquants la vie de T. Grâce à la confiance initiale acquise, grâce à un contact rassurant et relativement neutre, T. a pu retrouver pour elle-même et retabler devant autrui le déroulement de son existence. Si au-delà de la seule sédation barbiturique et de l'atténuation d'une tension émotionnelle pathogène, un processus de cure s'est dessiné, nous pensons qu'on peut l'attribuer à cette réharmonisation, à ces prises de conscience, à cette reconnaissance d'une totalité de la personnalité, à ce retour sur soi-même.

UN CAS DE SCHIZOPHRENIE

Les recherches de MOREAU de TOURS et de MOREL ont ouvert la voie aux études psychopharmacologiques. Elles ont été depuis pratiquées par de nombreux auteurs chez les déments précoces et les schizophrènes. L'école française de psychiatrie a suivi avec fruit ses devanciers. Ainsi, CLAUDE en 1924, tente d'assurer l'interrogatoire après éthérisation, cette distinction entre "déments précoces" type MOREL et "schizophrènes bleulériens", sur la trace de laquelle l'avait guidé la découverte de l'intégrité des fonctions intellectuelles et affectives au cours de certaines rémissions de la maladie. Ces "schizophrènes bleulériens" dits aussi schizomanes, peuvent également comprendre, selon CLAUDE, BOREL et ROBIN (7) des schizoïdes qui à l'occasion de chocs affectifs se replient dans l'autisme. CLAUDE et ROBIN (8) décrivent les faits observés grâce à l'éthérisation. Après une phase d'excitation apparaît "une phase de somnolence et de torpeur, assez analogue à une confusion mentale légère. Durant cette phase, on constate que certains malades habituellement muets et indifférents, répondent aux questions, disent leur nom, leur âge, racontent leur histoire et font preuve d'une affectivité quelquefois intense". Chez certains, "on constate un réveil net des faits affectifs oubliés des malades, qui paraissent avoir déclenché les troubles mentaux. Au point de vue thérapeutique, l'expérience a quelquefois été suivie d'effets heureux". L'épreuve du somnifère ou celle du scopochloralose ont permis à H. CLAUDE et H. BARUK (9), à H. BARUK et à ses élèves (3,22) d'étudier les phénomènes de libération et d'automatisme psychique et psychomoteur dans l'hébéphrénocatatonie. De même P. JOUBERT, dans sa thèse plus récente (26), montre l'intérêt diagnostique de l'épreuve au scopochloralose dans deux états dépressifs atypiques.

Ces initiatives devaient trouver leur épanouissement dans l'oeuvre de C. PASCAL (33), et dans la thèse de son élève A. DESCHAMPS (20). C. PASCAL utilisant l'alcool, le haschich, le peyotl, la caféine, et, surtout l'éther et la cocaïne, avait mis au point une "méthode psychanalytique pharmacodynamique" qui, grâce à ces substances "... se contente de supprimer les barrages, principalement le mutisme, de pénétrer dans l'autisme et d'enregistrer toute extériorisation, surtout spontanée : mots, actes, réactions miniques, etc..." Le but de cette méthode est essentiellement diagnostique, elle vise à établir le bilan des lésions destructives, irréversibles et celui des lésions fonc-

tionnelles, réversibles. L'intervention du médecin est indispensable, elle cherche à stimuler, à émouvoir, favorablement aidée par les drogues. Ainsi, peut-on évaluer le "dynamisme de la vie intérieure" du dément précoce. L'étude de 43 malades permet à C. PASCAL de dire son accord avec les distinctions de H. CLAUDE et de décrire, de façon moins schématique, cinq groupes de malades selon l'importance de l'atteinte de ce dynamisme. Le groupe le mieux influencé par la méthode comporte des malades qui récupèrent de façon temporaire mais totale un dynamisme intérieur normal. Finalement, 29 malades "ont été réinsérés dans la vie réelle à des degrés divers et ont repris conscience intégrale ou partielle du morbide".

Malgré une différence marquée des substances utilisées, malgré les énormes progrès accomplis dans le domaine thérapeutique et les conséquences nosographiques assez profondes par eux déterminés, on ne peut manquer d'être frappé par la similitude de ces résultats et de ceux obtenus par R. BESSIERE et J. FUSSWERK très récemment (4). L'"hypno-analyse" a pris entre les mains de ces derniers auteurs la valeur d'une méthode d'étude psychopathologique fondamentale.

Utilisant la subnarcose barbiturique, en des séances hebdomadaires répétées, six au maximum, encadrées par des entretiens simples, ils font retracer au malade l'histoire de son existence et le déroulement de sa maladie telle qu'il l'a vécue. Guidé vers son enfance, le sujet y retrouve les événements affectifs qui l'ont ému, avec leur tonalité étonnamment conservée. On retrouve, aussi, sous la forme la plus fréquente d'un épisode confusionnel, qui a laissé son souvenir angoissant, le processus générateur de la dissolution qui a marqué le début et favorisé l'organisation de la psychose. Le déroulement de celle-ci, les interventions du milieu, et des médecins apparaissent, eux aussi, comme éclairés de l'intérieur.

R. BESSIERE et J. FUSSWERK montrent comment dans l'"hypnoanalyse", à l'oppositionisme, au négativisme, à la réticence, au mutisme ou à l'ironie stéréotypée, se substituent souvent un réel contact, un dialogue, des récits dont le ton émotionnel bien accordé contraste franchement avec la sémiologie habituelle au sujet. Les caractéristiques de l'état de subnarcose barbiturique se retrouvent chez ces psychotiques. La vivacité des scènes mnésiques évoquées, leur choix même, montrent la richesse du fond sous-jacent à la sémiologie apparente. Suivant BLEULER et les résultats de ses

études cliniques minutieuses que soutenait une connaissance des théories freudiennes, tempérée par la thèse de l'organicité de la psychose, les auteurs insistent sur l'importance des conflits affectifs dans le développement des idées délirantes et dans l'orientation qu'ils peuvent donner au tableau clinique au cours des tentatives morbides de compensation de la dissociation. A partir de leur matériel clinique, BESSIERE et FUSSWERK apportent les exemples de conflits et de formations complexuelles : complexes d'abandon par dissociation parentale, d'infériorité par tare physique, de castration, d'homosexualité, de culpabilité.

Certaines caractéristiques des récits obtenus ont particulièrement retenu l'attention des auteurs. Il s'agit de la fréquence de l'emploi d'expressions métaphoriques, allant de la simple périphrase au symbole, par des malades d'origine sociale et de culture médiocres. C'est là, pour BESSIERE et FUSSWERK un argument supplémentaire pour l'emploi d'un abord phénoménologique du malade mental. On sait que cette tendance, s'inspirant des travaux de MINKOWSKI, BINSWANGER, HEIDEGGER, HUSSERL, estime enrichir le diagnostic de la maladie mentale, et éventuellement l'orientation du traitement, par la prise en considération du vécu du malade, par un essai de pénétration dans le monde auquel le malade est présent.

Même si l'on hésite à suivre les auteurs sur ce terrain, on doit reconnaître qu'ils ne se considèrent nullement liés, par cette compréhension du malade et des conflits qui ont marqué le déroulement de la maladie, à une attitude psychogénétique stricte. Au contraire, il faut insister sur l'aspect pragmatique de leur tentative, sur les besoins et les possibilités du malade, la méthode se moule. La subnarcose permet de dépasser les manifestations sémiologiques du premier plan, elle montre au-delà un monde bouleversé, mais parfois étonnamment compréhensible. Elle crée entre le malade et le médecin la possibilité d'un dialogue qui a pour thème les problèmes psychologiques du malade jusque là réservés au domaine clos de l'autisme. On ne saurait admettre naïvement que cette recherche menée en commun par le malade et le médecin de la succession des épisodes psychoaffectifs marquants constitue en soi un effort thérapeutique suffisant, définitif. L'investigation se heurte souvent à une impénétrabilité totale ou relative. Mais dans d'autres cas plus favorables, la méthode de R. BESSIERE et J. FUSSWERK aboutit à un bilan remarquable tant des possibilités dynamiques conservées du fonds mental que des

caractéristiques positives du milieu familial et social du sujet. Elle ne jette aucun interdit sur les méthodes biologiques de traitement, elle s'associe **bien** plutôt à ces dernières, harmonisant par la compréhension humaine du cas, par son individualisation, l'ensemble de la situation thérapeutique. On ne saurait trop insister finalement sur l'intérêt des faits pratiques, d'ordre diagnostique, pronostique et thérapeutique révélés par l'abord phénoménologique conseillé par R. BESSIERE et J. FUSSWERK, sur l'enrichissement de la connaissance individuelle du malade que leur méthode brève, apporte au-delà de toute considération d'ordre théorique.

On peut retrouver un même souci, l'association d'une psychothérapie de subnarcose barbiturique à un traitement biologique de la schizophrénie, chez les auteurs anglo-saxons, S. LEVY et H.A. PERRY (27). Ils font suivre trois fois par semaine le coma insulinique d'une "narcosynthèse" par l'amytal sodique. Ces séances permettraient une prise de conscience de la maladie, élimineraient pour une part l'anxiété, permettraient l'établissement d'un transfert, facteurs favorables à la conduite d'une "narcosuggestion" ou d'une "narcocatharsis" par le médecin capable ainsi d'associer une aide psychologique au traitement biologique qui pourrait être ainsi abrégé. Si ces termes de narcosuggestion et de narcocatharsis paraissent relativement clairs, il n'est point exposé le mode d'emploi de ces facteurs ni vers quelles réalités psychologiques, on doit soit guider la catharsis soit faire peser la suggestion. La recherche phénoménologique et le respect des caractéristiques du monde émouvant du malade représentent, fondus par BESSIERE et FUSSWERK avec les caractéristiques de la subnarcose barbiturique, une méthode d'abord psychologique infiniment mieux définie.

Leurs résultats sont d'ordre diagnostique et pronostique dans la mesure où comme H. CLAUDE ou C. PASCAL, R. BESSIERE et J. FUSSWERK aboutissent à une appréciation graduée de l'atteinte du fonds mental et affectif du sujet, ils sont aussi d'ordre pronostique et thérapeutique dans la mesure où à la fois les facteurs psychologiques et la détérioration affective peuvent être mesurés et soumis à une tentative complémentaire de traitement.

Vème OBSERVATION.- G. né le 26.7.1928 à Paris. Entre à Villejuif le 16 Octobre 1952, en sort le 11 Mars 1954. Certificat immédiat : (Ste-Anne) Hébéphrénie évoluant depuis quatre ans au moins. Episode dépressif à l'âge de 15 ans, à l'époque du décès de son père. Traité en maison de santé

(Ivry. Insulinothérapie), à Henri-Rousselle (cardiazol). Encéphalographie (Feld) montrant une légère atrophie corticale. Acéchéoline (40 injections). Autisme de contenu hypocondriaque rationalisateur : illusion de perception des zones d'atrophie corticale, système explicatif, endocrinologique et sympathique de la maladie. Troubles du cours de la pensée, barrages, idées obsédantes, parasites sans anxiété. Exposé enjoué, débit précipité. Hyperactivité désadaptée. Notion d'impulsivité. Apragmatisme depuis plusieurs années. A maintenir. (12 octobre 1952. Dr. DAUMEZON)

Certificat de quinzaine (Villejuif) : Présente un syndrome schizophrénique évoluant depuis plusieurs années. Episode dépressif à l'âge de 15 ans, après arrestation et déportation du père à Mauthausen. Traité à la maison de santé d'Ivry (E.C. Insuline), à Mégève (acéchéoline I.M, Nicyl, Glutaminol, à H. Rousselle (cardiazol). Légère atrophie frontale. Dissociation psychique, comportement d'agitation, d'impulsivité, de crises d'allure pithiatique. A maintenir. (29 Octobre 1952. Dr. BERGERON)

Le début des troubles psychiatriques francs remonte à l'âge de 20 ans. Il se fait brutalement, une nuit d'avril 1949, par des troubles psychosensoriels : "éclairs dans la tête", impression que les parois de la chambre se rapprochent, qu'il se trouve enfermé dans une cage, ceci dans un climat de terreur et de déroute cauchemardesque : "J'ai perdu alors là connaissance et je ne l'ai plus retrouvée depuis". G. est placé dans une clinique où l'on pratique une série d'électrochocs puis 50 comas insuliniques. Une convalescence fait suite à ce traitement, elle se prolonge un an, sans cédation totale des troubles que dominent l'apathie, l'apragmatisme et l'autisme. Une rechute impose une seconde cure d'insuline. Une amélioration permet alors la reprise du travail. De son propre chef, au bout d'un an, le malade va consulter un médecin car il ressent à nouveau ces "éclairs dans la tête". Une encéphalographie gazeuse pratiquée ainsi en novembre 1951 aurait montré une "atrophie cérébrale modérée". De nouveaux traitements sont institués : ionisation transcérébrale et injections d'acétylcholine, de façon ambulatoire. Les dernières mal supportées imposent l'arrêt du travail et un départ à la montagne. De retour à Paris, les troubles imposent une nouvelle hospitalisation et une série de chocs cardiazoliques à l'Hôpital Henri-Rousselle. Le faible résultat du traitement, l'hostilité du sujet à l'égard de sa mère, qu'il lui est arrivé de gifler, imposent le placement volontaire à Sainte-Anne.

L'étude des antécédents montre l'absence de troubles psychiatriques dans la lignée paternelle. La mère aurait fait un épisode de fièvre puerpérale à la naissance de G. brièvement soigné. Divers médecins qui ont été amenés à la voir lors des hospitalisations de son fils, notent la rigidité de son attitude, l'absence de coopération franche de sa part. Le grand-père maternel aurait été de même, rigide, égoïste, inaf-

fectif. Le développement psychomoteur de G. a été normal. C'était un enfant actif, un peu turbulent, mais enjoué. En 1943 le père de G. est déporté pour détention d'armes illicite. Il ne reviendra pas. G. âgé de 15 ans, fait alors un état dépressif batard, trainant. Il s'inquiète de sa taille, l'obsession d'être trop petit le conduit à se mesurer chaque jour, à mettre des tâlonnettes dans ses souliers ; il présente aussi quelques troubles modérés du comportement : petits larcins, isolement. Le milieu familial ne s'inquiète pas beaucoup de ces troubles. En 1948 G. part pour 10 mois au service militaire. Il est sans élan, asthénique et trouve l'alimentation mauvaise. Sa famille, au retour, constate certaines modifications du caractère, il est plus secret, "bizarre". Il travaille dans une entreprise industrielle comme dessinateur. Après quelques semaines d'enthousiasme, l'asthénie réapparaît il délaisse ses camarades, se replie sur lui-même, s'inquiète de son état de santé. Au bout de 4 mois apparaissent les troubles psychotiques francs.

Les antécédents somatiques sont bénins : maladies d'enfance banales. Une crise dyspnéique nocturne vers l'âge de 6 ans, étiquetée "crise d'asthme" et qui ne s'est pas reproduite.

L'examen somatique est négatif. L'examen neurologique, en particulier, ne montre ni sémiologie en foyer, ni troubles des fonctions praxiques et gnosiques. Les examens biologiques sont normaux (glycémie : 1,03 ; urée : 0,30 ; légère anémie ; BW : négatif ; image thoracique normale).

Dans le service du Dr. BERGERON, divers traitements sont entrepris : séries d'injections d'antasthène, de phosphate de codéine, de benzoate de lithium, de phénergan, de largactil. A des périodes d'agitation succèdent des phases de meilleur contact, sans grande modification du tableau clinique de fond. Une certaine stabilisation apparente est cependant obtenue à l'automne 1953, le sujet sort peu à peu de son autisme, mais surtout pour exprimer au médecin ses angoisses, ses malaises, ses rationalisations hypocondriaques, et finalement son hostilité, son sentiment qu'on ne veut et ne peut rien faire pour lui. En octobre 1953, il rédige un cahier intime d'une cinquantaine de pages qu'il nous confiera plus tard. Ce texte témoigne de l'absence de détérioration mentale, d'une certaine précision de la pensée et de la prédominance de thèmes, que l'on peut dire "pseudo-névrotiques", de revendication affective, de culpabilité, d'infériorité. Quelques extraits traduiront mieux cette relative lucidité du malade vis à vis de son état et aussi le ton général de maniérisme dramatique adopté par le sujet face au médecin, comme face à lui-même.... "J'ai été la victime inconsciente de monstruosité... Ma pauvre mère a la nature inconsciente d'une demi-folle. Elle m'a conduit au cimetière après des souffrances morales et physiques inhumaines. Mon père seul pouvait dresser son fils, lui seul aurait pu me faire

accepter une vie adaptée à mon sale tempérament... J'ai pleuré beaucoup le jour où j'ai appris sa mort, et j'ai hurlé de désespoir : "Je suis foutu". Je ne pouvais avec mes faibles facultés et ma mère inconsciente me sortir seul dans la vie, j'ai eu une peur terrible et suis tombé dans un état de semi-inconscience et de vagabondage. La nature mauvaise se faisait déjà sentir, à moins que ce soit déjà la folie ou le contact de ma mère qui m'ai attiré à faire du marché noir et du vol. J'avais toujours faim et manquais de vitamines déjà à l'âge de 15 ans (pendant la guerre). J'étais déjà un malade psychique. Des complexes se sont incrustés dans mon cerveau que seul mon père pouvait détruire. Pourquoi ? Mystères de la vie" ! Il accuse un "dérèglement du sympathique" et l'indifférence ("l'inconscience de presque toute ma famille"), de l'avoir conduit à l'état actuel. Les accusations dirigées contre sa mère, le désespoir de la disparition du père réapparaissent à chaque page. "Je n'aurais jamais dû venir sur terre". "Après les traitements, j'ai dû faire des efforts constants cérébralement pour pouvoir travailler, me diriger. Je me demande où j'ai pu trouver la force intérieure pour arriver à tenir le coup... puis j'en ai eu marre de lutter contre l'écoeurement, de voir les autres arriver et soi-même toujours dans ce brouillard indescriptible qui mène à la folie. J'ai souvent ragé du manque d'affection. Je crois m'être volontairement tué en allant oublier ma maladie dans les bras de Marie-France (une amante de 36 ans, liaison prolongée pendant une année de rémission). Au début cela m'avait fait un grand bien. Mais plus tard, j'ai dû m'affaiblir. Je voulais profiter un peu d'un rayon de soleil, tellement dégouté d'avoir une mère telle que j'en ai une. M.F. c'était pour moi une femme, une mère et une conseillère. Ma matière cérébrale est entrée en ébullition, le délire, les éblouissements et puis les crises de folie, totalement séparé du monde et des gens, dans l'inconscience totale où l'on se dirige comme un automate, ma mère ne s'émotionnant pas beaucoup et surtout n'agissant pas en conséquence lorsqu'il aurait été encore temps de me guérir"... "Un point initial dans mon comportement avant de devenir malade, est que j'étais un schizophrène à l'état latent, c'est-à-dire un dément précoce à l'état deux, en perpétuel désaccord avec sa conscience et en état d'insécurité continuelle. J'aurais été grandement améliorable par les traitements actuels si l'on m'avait fait des phases de catatonie est la démence et la perte de raison totale. C'est ce que j'ai eu la première fois à la clinique. Puis après être revenu à l'état normal, j'ai été dans un état d'abrutissement total causé par les séquelles de la maladie. La schizophrénie a de multiples causes, maladies endocriniennes, infectieuses, chagrins, manque de vitamines, la fatigue nerveuse, etc... le malade est tellement épuisé qu'il lui manque de la vitalité, il devient fou. Après être passé par une dépression, j'étais en état dépressif depuis pas mal de temps, peut-être suis-je né schizophrène ? Je ne le pense pas.

J'avais à vingt ans un cerveau de douze ou quatorze ans, un retardé mental, peut-être que ma folie vient uniquement de ce fait".

Ce document signe, semble-t-il, l'existence d'une rémission en cours et d'une conscience actuelle relative de l'état morbide. Il nous conduit, au vécu quotidien du malade, dans les phases les plus conscientes de la maladie et montre qu'au-delà de la tension, des revendications portant sur l'insuffisance de l'aide affective réclamée au milieu familial, ou des conditions de vie matérielles et morales de l'hôpital. G. conserve une vie affective vibrante, malgré sa désadaptation et son ambivalence.

L'aide que le sujet réclame, la recherche d'un contact non angoissant, l'approfondissement diagnostique et pronostic et enfin, l'espoir d'une consolidation de la rémission en cours, tels seront les facteurs qui nous conduirons à tenter une série de narco-analyses. Le docteur BONNET formé à l'école des docteurs BESSIERE et FUSSWERK sera dans ce cas notre guide. Les séances seront hebdomadaires, d'une durée d'une heure environ, l'injection de pentothal étant poussée lentement tout au long de la séance. Des conversations s'intercaleront entre temps.

Première sub-narcose (2.12.1953).- G. étendu nous parle tout d'abord de ses malaises physiques, puis tend son bras à la piqûre. L'état hypnagogique souhaité est obtenu :

- G. Je suis bien, je suis bien. C'est une impression bizarre ça ressemble à une euphorie. C'est bizarre ces traitements. Je n'ai jamais éprouvé cette impression; ça ne me rappelle rien du tout, des petits vertiges peut-être; ça, c'est épataant, ça ne fait oublier.

- Q. Parlez-moi de votre enfance ? G. J'ai eu une enfance très heureuse, mon père était ingénieur. J'ai pas mal voyagé. Je suis parti jeune en Corse, j'avais trois ans. J'avais de bons amis. La vie idéale, épatante. J'ai eu une enfance très heureuse. Je me rappelle du chien qui est mort, j'avais pleuré ce jour-là. C'était comme un copain qui était mort, j'étais louveteau, on a chanté le chant des adieux, ça m'avait frappé.

- Q. Plus tard ? G. Après nous sommes revenus sur le continent, vers neuf ans. Mon père avait trouvé une place à PARIS, comme sous-directeur d'une usine de Charenton. J'avais été mordu par un chien. Nous habitions St-Mandé. J'ai failli perdre un oeil, j'ai reçu une fléchette.

- Q. Frères et soeurs ? G. Nous étions deux. Ma soeur était plus âgée de 18 mois. Je m'entendais bien avec elle. J'ai couché avec elle jusqu'à un certain âge, dans le même lit jusque vers 10 ans. Elle m'a montré ses seins à la puberté à 11 ans. Ma mère allait nous accompagner à l'autobus. C'était la vie. On avait de bons amis. On allait sur les plages, il y en avait un qui était docteur, un autre harpiste.

- Q. Maladie, accident ? G. Je suis rentré dans un poteau, à 13 ans, à l'école. Il y avait la maîtresse d'école aussi. On faisait les fous à la cantine. J'avais déjà des crises de mélancolie.

- Q. Quand ? G. En 1937. J'avais 9 ou 10 ans, à St-Mandé. Je rêvais un peu à la fenêtre. Je restais comme ça, inactif, sans penser à rien. Mon père s'inquiétait de ma santé, car c'était un homme intègre. Je suivais l'école normalement (ça marchait ?) Oui, comme ça.

- Q. Ensuite ? G. Après 9 ou 10 ans, la guerre s'est déclarée. Mon père nous a mis chez ma tante à Brest. Elle était un peu dure avec son fils, avec moi, elle était bien.

- Q. Votre père ? G. Mon père restait à Paris. Il était affecté spécial. Il n'a pas eu de veine, il a eu une mort affreuse, dans un camp de déportation, ça m'a affecté plus ou moins. J'ai fait une crise de nerfs.

- Q. Comment cela s'est-il produit ? G. C'est une histoire assez compliquée. On avait loué une maison à Grenoble à des Juifs qui étaient très gentils, malheureusement ils ont été dénoncés. Mon père avait gardé un revolver du temps où il était en Corse où il électrifiait. Il avait laissé son revolver dans une chambre que nous nous étions réservée à Grenoble. A ce moment-là j'étais trop jeune pour l'aimer mais j'avais beaucoup d'attirance pour lui. Nous menions une vie assez large. Une fois, il a pleuré à la suite d'une rentrée un peu tardive, le dernier jour des vendanges. J'avais un peu bu, nous avions fait les fous. Mais mes parents se sont inquiétés. Je revenais de chez un monsieur H. qui m'avait un peu porté sur la question, sans faire la chose. Il est devenu mon tuteur. Il était professeur honoraire. Il m'a donné quelques leçons de français. Je n'étais pas très attentif. Toujours, il se mettait en colère. Un jour il m'avait pris ma température, il m'a dit après que j'avais un beau corps, que j'étais athlétique.

- Q. L'avez-vous revu ? G. Plus tard en vacances. Je logeais dans une pièce à côté de la sienne. J'étais déjà en apathie parce que j'avais fait du marché noir.

- Q. Comment cela ? G. Déjà au lycée, on m'appelait avorton, je faisais déjà du marché noir. J'étais dans les transes, je m'amusais en rentrant du lycée à Aix-les-Bains, à 14 ans.

- Q. Parlez-moi de cette période ? G. A Aix-les-Bains, pendant deux ans, mon père était là. Il y avait des petits heurts à cause de mes livrets où était marqué "aurait pu faire mieux".

- Q. Et votre père ? G. Mon père est parti en 1943. Les Allemands sont venus chez moi en civil. J'étais assez bambin. Ils m'ont demandé où travaillait mon père. Ils se disaient des amis de Paris. Je leur ai désigné l'usine. C'était 11 heures 30, il était dans les ateliers. Je ne l'ai pas revu. Nous avons reçu une carte de lui, six ou huit mois après. On savait qu'il était à Chambéry ; il a été déporté pour camouflage d'armes. Son patron n'a pu rien faire. Je la vois encore cette carte : "Je suis en bonne santé, j'ai reçu colis, argent. Baisers à tous". Il est mort assez piteuse-

ment, je l'ai su dans les milieux de déportés. Il a été blessé dans une usine d'aviation. Il avait essayé de s'évader à Compiègne. Ils l'ont mis à Mauthausen. Il a eu un panaris amputé. Il a été placé à l'infirmierie. Les Allemands ont brûlé l'infirmierie avant l'arrivée des Américains. Il est mort brûlé. Un seul a survécu. C'est après, dans ma maladie que j'ai repensé à tout cela.

- Q. Comment avez-vous supporté la nouvelle ? G. "Quand j'ai appris sa mort, j'ai eu une crise nerveuse. C'était pour moi l'insoûcience quand j'étais à la Savoisienne (en apprentissage). Mes soucis... Il s'est passé une chose bizarre chez moi. J'ai disséqué un peu trop. Je suis parti en capilotade vers 15-16 ans. J'avais des camarades qui me donnaient de mauvaises idées. Je ne masturbais, aux douches ou chez moi. Je me sentais déjà un peu fatigué, mais j'avais une apparence costaud.

- Q. Avez-vous eu d'autres problèmes sexuels ? G. "J'ai commencé de me soucier à Paris lorsque j'ai eu un rapport avec une jeune fille et que j'ai eu un écoulement. Je me suis un peu affolé là-dessus. C'était vers 21 ans. Je suis allé à St-Louis, ils m'ont passé du nitrate d'argent, ça m'a brûlé. Je suis tombé fou 15 jours après. J'en ai parlé à ma mère et je suis allé voir un gynécologue. Ma mère m'a dit : "Tiens, tu as fait ça !"

- Q. Quand avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? G. c'était avant le régiment, à la suite d'une dispute avec le grand-père pour une question d'argent.

- Q. Où habitiez-vous ? G. J'habitais à Vincennes, avec mon grand-père maternel, ma mère, ma soeur et une bonne déplaisante. J'appréciais beaucoup mon grand-père (paternel) c'était un artiste. Il est mort d'un truc au foie. Mon grand-père maternel, il m'a renié sur son lit de mort. Il devait me donner une montre, il me l'a pas donnée et je crois qu'il m'a renié. Le grand-père, il était très dur. Je faisais du saxo à la maison. Je voulais quitter les bureaux. Il est mort quand j'étais fou.

- Q. Parlez-moi de votre mère ? G. Ma mère c'était toujours le grand X pour moi. Etant jeune enfant, je n'ai pas eu à me plaindre d'elle. Je désapprouvais l'attitude de ma mère avant de partir au régiment. Elle avait quelques crises de découragement. Je me suis toujours demandé si la mort de mon père l'avait affectée. Ma mère ne m'a jamais parlé de mon travail.

- Q. Votre soeur ? G. Ma soeur a fait des études de jardinière. Elle est partie lorsque j'étais assez jeune du foyer.

- Q. Qu'est-elle devenue ? G. Elle s'est mariée à 24 ans. Elle était indépendante. J'ai passé 4 jours avec eux. Mon beau-frère m'a déçu au premier abord. Nous étions allés au Chatelet, il joue du violon, il disait : "ce morceau-là c'est quelque chose".

- Q. Vos relations avec Mr. H. ont-elles duré ? G. Mr. H., il s'est occupé de moi depuis 1943 jusqu'à ce que je tombe malade à 20 ans. Je suis resté chez lui huit mois allongé sur une chaise longue, incapable de rien faire. Puis j'ai réussi à m'arracher à ce marasme. Je me sentais alors petit

garçon. Je n'avais plus du tout les idées que j'avais avant.

- Q. Quelles idées ? Celle par exemple d'être trop petit ?
G. Ah ! ça c'est le gros point. ça s'est passé au moment de l'apprentissage, l'apprentissage a commencé en 1944, mon père n'était plus là. Ma mère est allée voir à l'école ce que j'étais capable de faire. Je me sentais petit. C'est quand j'étais éclaireur. On me donnait des surnoms ; ça ne me vexait pas, mais je ne savais pas quoi répondre.

- Q. Et au travail ? G. En apprentissage ça a eu plus d'importance, peut-être parce que je me sentais entouré par des hommes. Peut-être à la suite d'une chose de fille.

- Q. Et plus tard ? G. C'est devenu une chose terrible à Paris. Je mettais des talonnettes dans mes chaussures.

- Q. Comment a débuté votre maladie ? G. Pendant les quelques jours qui ont précédé ma maladie, j'ai eu l'air très triste. J'ai vu des éclairs, j'ai eu très peur. Déjà quelques temps avant je me sentais perdu, j'avais l'impression que c'était bizarre. J'avais perdu un talon, ça y est, je me suis dit, je vais être petit encore. Le soir, je me couchais du côté du coeur parce que j'avais de la peine à dormir.

- Q. Comment cela allait-il à la maison ? G. A la maison, le soir, je penchais le nez dans mon assiette. Sur la fin, j'ai été à un festival de jazz, ça n'allait plus du tout, j'étais excité, excité, ça m'a frappé aussi ce truc-là. J'avais laissé tomber une amie fille parce que mes copains m'avaient dit : " tu es ridicule de fréquenter à cet âge là". Madeleine, elle s'appelle. Je l'avais connue au cours de solfège, toujours ce complexe qui me foutait en l'air.

La séance se termine par quelques détails sur sa première entrée en clinique. Tout au long, la mimique et les gestes sont demeurés pauvres, il n'y a pas eu, même aux moments les plus dramatiques en apparence du récit de décharge émotionnelle. Le discours est entrecoupé de poses, de changements temporels brusques, les phrases sont brèves, les interventions du médecin sont fréquentes

Deuxième séance. G. se présente souriant. Il accepte facilement l'injection. Dès l'installation de l'hypnagogie, il réagit par des plaintes, une légère agitation qui contrastent avec la froideur des récits de la première séance.

"Toujours des choses, des points noirs, des points blancs Arrêtez, arrêtez ! J'ai été damné à la mort de mon père ! Je savais que le jour où il est parti, j'étais foutu, j'ai ressenti ça ; je suis resté neurasthénique. Ma soeur n'a pas su, j'étais bizarre".

Guidé par de brèves questions, il va nous préciser le déroulement de son adolescence depuis le décès de son père. "Je me sentais plutôt petit et faible, j'avais 15 ans, ma santé générale était satisfaisante. Je ne suis inquiet de ma santé à partir de la croissance. Je croyais

être tuberculeux... "Lorsque j'ai été appelé sous les drapeaux, j'ai raconté au patron que j'avais devancé l'appel, j'ai jamais été bien franc. J'étais pas très content de partir parce que j'étais cabotin mentalement, j'avais des espèces d'obsessions bizarres, une certaine timidité envers les gens. Je ne me sentais pas un homme en mesure de partir au régiment. La vie au régiment, je m'en foutais pas mal. Je trainais un peu. Je n'avais pas le même allant". Il est heureux de reprendre le travail au retour, mais ceci ne dure guère, car au bout de quatre mois, il tombe malade. "Ces quatre mois, je les vois assez mal. J'essayais de sortir un peu. J'avais une amie. J'allais la voir deux fois par semaine. J'aurais aimé quitter le dessin qui me semblait assez enfermé, j'ai eu une espèce d'alanguissement". Il évoque à nouveau la froideur à son égard du milieu familial, la distension des liens avec sa soeur, la nuit où se sont déroulés les premiers phénomènes psychotiques. "Cette nuit-là j'ai eu une frayeur, comme j'ai toujours été, j'ai toujours eu peur. Le lendemain matin, j'étais mal. Plus tard j'ai pensé que j'avais attrapé quelque chose par le coït". La séance se termine par les souvenirs de sa première hospitalisation, du premier traitement insulinaire et sur une réponse pessimiste à la question : "Et maintenant ? G.: Maintenant, c'est fini, ma vie !"

Troisième séance. G. ne se souvient que vaguement de ses récits précédents, il se plaint de ses malaises, des conditions matérielles de vie à l'hôpital. "J'aimerais mieux qu'on me fasse du calcium. Je ne veux pas crever là-dedans. C'est pas humain ce qu'on me fait. On m'a laissé me vider. Vous allez me faire souffrir encore. En ce moment, je me sens mourir, le vrai G. il est déjà mort". Mais par contre, le début de la narcose est teinté de bien-être, d'euphorie. Les premiers mots sont : "Je me sens bien, très, très bien, ça me fait oublier toutes mes peines. Je suis dans une euphorie, je me sentais séparé de la vie depuis 4 ans." Puis à nouveau par ses récits G. nous conduit à travers son existence d'inquiétude, d'angoisses, de déroute ou de flou mental.

Quatrième séance. Le contact se maintient. Au cours de la conversation qui précède la narcose G. raconte qu'il rêve beaucoup, qu'il pense beaucoup à son passé. Les premiers mots de la narcose nous ramènent directement à l'enfance de G. : "Les grillons, les grillons chantent dans ma tête. C'est idéal ! Seulement voilà, le soleil ne me reverra plus. J'aimais beaucoup trop la vie". La vie a été trop facile jusqu'au décès du père, il y avait les camarades de jeu, un chef scout admirable, puis il y eut le milieu familial étriqué, la maladie : "Je vois Charles qui venait me dire au revoir lorsque je suis parti après ma deuxième cure d'insuline, ils (les camarades) m'ont dit un aurevoir douteux. Il me restait toujours cette chose

dans la tête. Je savais que j'avais quelque chose. J'avais une atrophie modérée cérébrale. C'est le docteur qui me l'a dit après encéphalographie. Lorsque j'ai vu mes radios c'était noir sur les radios. Le docteur m'a envoyé chez un radiologue pour radiothérapie, ça me faisait du bien. Il m'a serré la main, il m'a dit : "Vous vous en tirerez". Après c'était l'acétylcholine. Après la deuxième piqûre j'ai commencé à perdre les pédales. Je partais dans les "vap". Je travaillais, j'étais seul chez moi, j'ai été obligé d'arrêter mon travail. J'ai commencé à dire des conneries. On m'a envoyé à la montagne. La nuit, j'avais des crises de catatonie, je parlais les yeux grand'ouverts, tout le bastingue allait à la folie". Après l'évocation de souvenirs, un peu plus euphorisants, la conversation est orientée vers Mr. H. Le ton change aussitôt : "Aïe, aïe, aïe, ah, le salaud, ah le salopard ! S'il avait été un homme, il m'aurait dirigé comme un frère. Il m'a aimé, mais il m'a conduit dans la mauvaise voie (pleurs). Il m'a amené dans sa chambre, il me forçait à l'embrasser sur la bouche, à le masturber. Il m'offrait la croûte, j'étais tranquille, mais il ne cassait les pieds tout le temps ; un vieux salaud ! Le soir pendant une heure, il me parlait toujours de la même chose". Mr. H. était alors le tuteur de G., âgé de 17 ans. Au cours de cette séance, G. exprimera à plusieurs reprises et spontanément les sentiments ambivalents qui le liaient à lui : "Il boit, il fait que ça; ça me dégoûtait, je réagissais mais enfin, il buvait, buvait ; j'étais content parce que je retrouvais quelqu'un qui ne protège". C'est la même ambivalence que l'on retrouve exprimée à l'égard de sa mère, du grand-père, et parfois du père, plus souvent admiré, regretté cependant, comme à l'égard des images de ses camarades ou chefs qui l'entraînaient pendant son enfance ou son adolescence dans une vie physique active. Comme son père, ces derniers ont disparu de son existence.

Une semaine plus tard, une conversation sans narcose permet de faire un premier bilan. On note la persistance des préoccupations hypocondriaques, des craintes de mort imminente, des idées d'atrophie du cerveau, d'atrophie de tout le corps, d'incurabilité. Cependant le contact est meilleur. Les narcoses ont permis de dépasser cette symptomatologie, de rendre présents à l'examen, comme à la conscience actuelle du malade, plusieurs situations conflictuelles qui semblent avoir joué un rôle majeur de frein dans les tentatives de l'adolescent vers une existence personnelle et satisfaisante. G. admet que son enfance fut dans l'ensemble heureuse, que contrairement à ce qu'il affirme souvent la morbidité de cette enfance n'est pas évidente, qu'il a commencé à souffrir surtout à partir de l'arrestation de son père et que depuis lors, il est en proie à un isolement progressivement aggravé. Les personnages importants de sa vie familiale, sa mère, son tuteur,

son grand-père sont tour à tour haïs et aimés. Cette ambivalence se révèle à travers les narcoses comme attachée à des souvenirs vécus où les reproches légitimes vont de pair avec les espoirs déçus de réaliser un idéal naïf. Il semble que le manque de cohérence des rapports affectifs ait été favorisé par des hasards existentiels nocifs tels que la mort du père, dans laquelle le sujet peut se dire avoir joué un rôle ou l'initiation sexuelle pathologique, à laquelle le sujet peut reconnaître s'être soumis sans grande résistance mais non sans culpabilité. La solitude dans laquelle les périodes de rémission ont été vécues l'inquiétude, l'incertitude qui accompagnaient chacune des tentatives d'adaptation et leurs médiocres réalisations sur le plan concret sont sans doute dûs pour une grande part au déficit psychoaffectif du sujet, au caractère incomplet des améliorations mais aussi à l'absence d'une aide adaptée, compréhensive et stimulante à la fois, de la part du milieu familial.

Au cours des cinq séances qui complèteront cet essai, G. sera amené à enrichir de détails neufs et peut-être depuis longtemps écartés de sa mémoire quotidienne, le récit des moments émouvants de son existence. Il y aura de nombreuses redites, des retouches, qui donneront un aspect plus nuancé à ses jugements affectifs et qui sembleront étoffer une affectivité appauvrie dans l'isolement, les ruminations hypocondriaques, les interprétations délirantes stéréotypées, mal systématisées. Ceci ira de pair avec un enrichissement du contact pris avant ou entre les narcoses, avec aussi une diminution du repli sur soi, une atténuation du malaise cénesthésique et finalement la possibilité d'une tentative de sortie. Nous présenterons de ces dernières séances certains fragments qui paraissent témoigner de ce processus d'enrichissement affectif, plutôt qu'un compte-rendu systématique, chacune d'entre elles suivant un déroulement assez anarchique.

Cinquième séance. G. se présente détendu, parle de ses rêves, il rit à plusieurs reprises, mais évoque encore "la paralysie de son système sympathique". La séance commence par la recherche de quelques souvenirs d'enfance : "J'aimais bien ma mère, mais elle ne me laissait pas la liberté. J'étais turbulent. Je jouais avec ma soeur à cache-cache. Je me vois dans une automobile. Je vois la cour où il y avait des rats, je vois une amie de mon père sur le port. Je me vois à un mariage". Il parle longuement de sa soeur, du grand-père, chez lequel il a passé la fin de son adolescence, un "tyran" mais aussi un "brave homme, travailleur", "surement, je n'ai pas été assez intelligent pour le comprendre", il fait le récit de la mort à un an d'un frère plus jeune.

Sixième séance. Longue conversation avant l'injection : "Je voudrais qu'on me foute la paix... je ne me sens plus, je suis malade. C'est la maladie. Je ne pense à rien, je revois mon enfance, c'est un peu confus... La période de ma maladie pour moi ça n'existe pas, c'est irréel... Durant toute ma maladie, j'ai eu comme une crainte, c'est une peur, le sentiment d'être bloqué intérieurement. Quand je me regardais dans la glace, mes yeux n'étaient pas comme avant, mes yeux étaient fixes..." Pendant les rémissions : "Je subissais, j'avais encore une vie assez active, tout en ayant une sensation terrible, terrible, d'isolement. Je m'étais équilibré une vie mais je continuais à me faire soigner parce que je sentais quelque chose qui n'allait pas". Devant quelques interprétations de ses problèmes affectifs : "Pour moi, tout ça, ça ne tient pas debout, ces complexes".

Durant la narcose, il évoque une liaison platonique hétéro-sexuelle, ses habitudes religieuses, enfin les images de son père et de sa mère. "Ma mère va à la messe, et elle fait ceci, et elle fait cela, je lui ai dit "Tu n'as jamais rien fait de bien". Elle ne faisait pas de mal, elle manquait à mon père et à nous. Je crois que j'en souffrais. Toutes les bêtises que j'ai faites, c'était à moi, mais aussi à ma mère. C'est monstrueux tous ces sentiments ! Elle a fait de moi un refoulé, un raté ! (Pleurs) J'ai toujours pensé... arrêtez ! arrêtez ! je veux mourir, je veux mourir ! C'est trop affreux, ma pauvre mère ! Ignoble, c'est ignoble, c'est inhumain, ça ne s'est jamais vu ! Ma mère a fait un monstre ! J'ai pensé à défendre ma peau. J'ai lutté jusqu'à la dernière goutte de mon sang, contre mon infériorité (...). Ma mère, je l'aime bien (...) je sais bien que la vie n'a pas été drôle pour elle, mais c'est une égoïste. Je voudrais tuer ma mère, c'est monstrueux. Je voudrais mourir. J'aurais voulu mourir. J'ai peur maintenant parce que je ne dis que la vie vaut la peine d'être vécue (larmes, exclamations) Ils m'ont fait souffrir comme un dément. Qui ? La psychiatrie ! J'ai demandé la mort plusieurs fois. Je serai plus heureux quand je serai mort. Vous ne pourrez rien faire, vous n'avez rien pu faire. Il m'aurait tué, mon père (...) Je n'ai rien fait. Ce sont mes instincts, mes antécédents (...) J'étais, comme disait mon grand-père, sans foi, sans cœur, sans honneur. Mon grand-père m'a renié sur son lit de mort, je comprends très bien maintenant. C'était un saint, un homme normal. Personne ne m'a connu". A la suite de cette longue explosion, on favorise la sédation en endormant le sujet.

Septième séance. G. est hostile. Il accepte la narcose avec hésitation. La forme des récits s'améliore. Il y a moins de coq-à-l'âne, moins d'anarchie, le déroulement temporel est mieux respecté. Interrogé sur le traitement, il répond : "Cette piqûre ? Ah, oui, c'est désagréable. C'est

surtout après. Je ne retrouve là-dedans. J'aurais tellement besoin de ma mère qui vienne me servir au lit ! Le jeudi, qu'est-ce que vous voulez que je lui dise ? (Pleurs, agitations) Je voudrais lui dire que je l'aime, qu'elle a fait son possible. Je sais que c'est une malade. Si je n'étais pas dans cette famille ! Je n'étais pas un caractériel. Ma mère, elle n'a jamais rien fait de bien. La vie, j'ai eu pas mal de choses. C'est moi-même, c'est ma nature que je renie. Pourquoi ai-je été tracassé ? Si mon père avait été là, qu'est-ce que ça aurait changé ?" (...)
"Il savait très bien mon père, il est mort derrière des fils de fer barbelés, moi je mourrai derrière des murs. Pourquoi m'appellez-vous Monsieur G ? Ce que j'aimerais, c'est sortir un peu. Cette boîte m'a dégoûté à l'extrême. Je ne pourrai plus jouer. On me regarde comme un pantin. Ici, ça me fait du bien parce que ça m'isole un peu, je vois un autre monde. Je suis dans un autre monde. Pourquoi est-ce que vous vous intéressez à moi ? On a dit ici : "C'est pas un type intéressant. Je sais très bien que je ne suis pas un type intéressant !"

Huitième séance. G. est souriant et détendu. "Tout va très bien" Il manifeste cependant son indépendance en refusant de travailler "pour l'asile" et avec une réticence ironique : "Ma maladie ne m'intéresse pas, j'étais bien fatigué"; il reconnaît "avoir voulu du mal à quelqu'un "mais ajoute : "Ne me faites pas douter, si je m'en fous, je m'en fous". Il faut de longs palabres pour lui faire accepter la narcose qui avec des pleurs et des soupirs commence par l'évocation spontanée de son père. Puis il nous parle de Mr. H., souvenirs qui éveillent à la fois agressivité et culpabilité. Les amis qui l'ont aidé, qui ont cherché à le comprendre, qu'il a admiré ne sont épargnés qu'apparemment par l'ambivalence et leur image est projetée sur le médecin : "Ne me parlez pas d'idéal, ça m'a porté un petit peu trop loin. Il n'existe pas un idéal, c'est un sentiment qu'on a en soi. L'idéal pour moi, c'était d'essayer de faire quelque chose. C'est un peu trop forcé pour moi sûrement. J'étais un malade vous savez, c'est tout. Je n'étais pas fait pour suivre ce qu'on m'avait donné".

Neuvième et dernière séance. Le contact préalable est aisé : "J'ai encore un peu mal à la tête, mais c'est supportable. Je vois encore le monde un peu autrement (anormalement)" G. ne cache pas la persistance de son hostilité vis à vis des médecins et des hôpitaux psychiatriques. Il l'avoue en riant et accepte la dernière injection facilement. Le ton affectif de la séance est plus stable. Les certitudes profondes du malade ne paraissent pas entamées, la façon dont il les exprime est seule modifiée, plus calme, plus détachée, comme si une certaine distance était acquise à leur égard, allant de pair avec la diminution du malaise cénesthésique, des angoisses et une

reprise notable de l'activité dans l'intervalle des séances. "Vous savez très bien ce qui m'est arrivé, une maladie de l'adolescence, de l'hérédité. Qui a essayé de me tirer de là ? Qui ? Se débrouiller, ça n'existe pas. C'est triste parce que je me suis rendu compte que je n'étais pas comme les autres, je n'ai jamais été comme eux". Les derniers mots sont : "Je me rends bien compte de l'état où je suis, dans la mesure du possible, je serai prêt à faire un effort".

La sémiologie ainsi stabilisée, la rémission confirmée dans les dernières séances, permettent d'envisager un essai de réadaptation sous forme d'une permission dans sa famille. Trois semaines se passent et la famille vient demander la sortie du malade qui revu à cette date, conserve son état d'amélioration. Des nouvelles nous ont été communiquées par le Dr. ADNES sur l'évolution de G. durant l'année 1954. G. a été hospitalisé à l'Hôpital Psychiatrique du Mans du 29 Septembre au 10 Décembre 1954. Il avait été envoyé dans cette région par l'entreprise où il travaillait comme dessinateur industriel avant sa maladie, pour une tentative de réadaptation professionnelle. Mais au mois de Septembre l'apragmatisme, l'isolement, l'incohérence des propos et de la conduite inquiètent l'entourage. G. accepte facilement l'hospitalisation. Aux yeux du Docteur ADNES, le syndrome schizophrénique est typique à l'entrée. Cependant, à la grande surprise du médecin, en 15 jours, 200 mgrs. quotidiens de chlorpromazine per os, déterminent une sédation complète des symptômes. La mère reprend bientôt son fils à sa charge.

La suite des faits nous est donnée par une lettre de la mère. Elle nous apprend le suicide par pendaison de son fils le 14 Novembre 1958. Depuis 1954, G. avait fait un séjour de 14 mois en clinique (chlorpromazine). En Mai 1955, il était rentré chez sa mère : "faisant quelques dessins industriels pour ne pas perdre la main dans son métier. Son comportement n'a pas été mauvais. Puis en Anjou, où j'avais pu l'emmener en Mai 1956, il a été repris petit à petit de troubles et le 13 Septembre 1957, il sautait par la fenêtre se cassant une jambe". En Décembre 1957, il entre à VilleEvrard où est instauré un traitement de reserpine et de chlorpromazine. Son état semblait justifier des permissions.

L'appoint diagnostique de la subnarcose appliquée au cas de G. a éclairé plusieurs points de l'évolution de la maladie, permettant de l'individualiser, de montrer comment se mêlent à un processus morbide de dissociation les éléments psychologiques d'un sujet particulier et de sa vie personnelle. La méthode nous conduit au centre du problème de la psychose schizophrénique, et nous permet d'approcher cette

"complexité des facteurs étio-pathogéniques" que décrit H. EY : "Tout ce que l'on sait à ce sujet de l'importance primordiale de la structure génotypique de l'individu, des liens du sang qui l'unissent à sa famille, comme ce que l'on sait des liens affectifs qui le soudent à ses parents, comme tout ce que l'on sait sur la formation de son caractère, tout ce que l'on sait sur la faiblesse ou l'altération de son système nerveux des perturbations de son homéostasie, des effets des toxiques, tout ce que l'on sait des résultats des thérapeutiques les plus diverses et les plus contradictoires, tout cela on ne peut pas, on ne doit pas l'oublier quand on veut étudier la totalité du processus schizophrénique. Je sais bien que pour certains, la schizophrénie est si pure, si endogène, que toutes les fois qu'elle paraît en relation avec les facteurs "exogènes" ou organiques, on l'appelle "fausse schizophrénie" (psychoses schizophréniformes de LANGFELD). Je sais bien que pour certains la schizophrénie est un processus si psychologique que toute interprétation ou toute thérapeutique physiologique ou biologique leur paraît dérisoire. Je sais bien que pour certains, la schizophrénie ne peut être envisagée que comme une maladie qui altère tel ou tel centre cérébral. Je sais tout cela, mais c'est parce que je sais tout cela que je pense que le processus schizophrénique est une modification structurale totale de l'être humain, de son caractère, de sa conscience et de sa personne. Non point un simple accident ou un simple événement de l'existence mais une métamorphose de l'existence. Cela revient à dire que le processus schizophrénique est ce cheminement du schizophrène jusqu'au centre de lui-même - qu'il est tout à la fois une impuissance à s'ouvrir au monde de la réalité et de la coexistence et un besoin invincible de s'abandonner à cette pourriture de l'être qui est l'imaginaire. Le processus schizophrénique c'est le mouvement de ce déclin. La psychose schizophrénique c'est l'histoire de ce destin". (23 b)

Le contact pris grâce à la subnarcose barbiturique permet d'apprécier dans le présent et le passé ce "mouvement" du processus schizophrénique et fait comprendre la suite de l'évolution ; il permet aussi de dessiner mieux les formes plus ou moins définitives de la psychose et d'en comprendre ainsi l'"histoire".

Le mouvement du processus chez G. est d'importance limitée, il naît macroscopiquement à l'occasion d'un épisode subconfusionnel et hallucinatoire peu riche, nocturne, se déroule à bas bruit ensuite, avec des phases où prédominent l'aboulie, l'apragmatisme, des malaises cénesthésiques et des thèmes

névrotiques de revendication affective, de culpabilité, d'infériorité, des idées délirantes de transformation physique, des éléments dépressifs avec idées de suicide. Les interventions thérapeutiques décapitent la sémio-logie la plus manifeste, permettent une reprise de contact avec le milieu, aident à se confirmer des périodes peut-être spontanées de rémission mais laissent subsister un fond de malaise cénesthésique, de relations névrotiques avec le monde extérieur, d'obtusion intellectuelle qui freinent les tentatives d'adaptation. La conservation de l'intégrité des mécanismes intellectuels capacitaires apparaît dans les récits du malade, une fois franchie la barrière que G. ressent et maintient face au médecin, entre l'intervention médicale et son monde personnel. De même l'affectivité, le "dynamisme" affectif, selon le terme de C. PASCAL se fait jour, au fil des séances. Il colore les réminiscences, de même qu'il participe aux nouvelles relations du malade avec le médecin. Ainsi, avec un ton émotionnel adapté, nous est retracé le déroulement de l'existence psycho-affective de G. et l'"histoire" de la psychose, du destin de G.

Le caractère psychologique de l'exploration barbiturique nous conduit à un récit des épisodes marquants de cette existence. Le déroulement du processus y perd beaucoup de sa pureté théorique, mais aussi de sa sécheresse. Il apparaît fondu dans le vécu du malade, dans ses relations mal adaptées avec le monde extérieur. Ainsi son début, sur ce plan psychologique, ne se dessine franchement que sur le fond d'une adolescence déjà très troublée. La subnarcose nous montre l'importance dans la vie de G. du décès de son père, décès accidentel où il peut croire avoir joué un rôle. Sa vie devient alors une suite de tentatives vaines pour s'affirmer, entre une mère qu'il décrit trop indifférente, des grands-parents peu affectueux, dont il ne conserve que des souvenirs pénibles, humiliants, enfin face à l'image de ce père que la mort a figé sous des traits idéaux, auprès desquels G. ne peut mesurer qu'en souffrant la médiocre estime qu'il a de soi. L'apprentissage sexuel anormal, apporté par ce Mr. H., tuteur et pendant longtemps quasi-substitut du père, a fourni au désarroi de G. l'apport de réalisations homosexuelles, encore dévalorisantes, gêne supplémentaire sur le chemin difficile de sa maturation et de son affirmation individuelle psychologiques. L'évolution de la maladie, la profondeur et le développement du "processus" n'apparaissent donc pas totalement indépendants des faits psychologiques qui ont marqué profondément le déroulement de l'adolescence de G. et du milieu dans lequel celui-ci s'est accompli. Nous pensons que, de même, par la suite, l'absence de con-

tinuité du traitement, la multiplicité des médecins auxquels G. a été conduit par sa famille, n'est pas sans responsabilité dans le résultat final. L'hostilité de G. vis à vis des médecins se fonde sur l'impression de n'avoir jamais été compris, jamais aidé dans les périodes de désarroi ou au cours de ses hospitalisations. La conscience de sa situation a le plus souvent été conservée par lui. Les seuls thèmes délirants structurés sont hypocondriaques. Les récits écrits du malade ou la subnarcose nous montrent, au-delà de la dramatisation des attitudes vigiles, de réelles souffrances. Cette angoisse est la preuve qu'on ne saurait parler d'inaffectivité réelle, par le seul fait que, chez G. cette tension pénible contrôlée s'exprime difficilement ou faussement dans le contact vigile. D'autres symptômes schizophréniques perdent de même au fil des narcoses leurs caractéristiques psychotiques. Laissant de côté l'attitude autistique, que la subnarcose efface facilement et de façon progressivement plus nette, on observe une modification des éléments de la discordance. Elle s'affirme progressivement. L'ambivalence, par exemple, apparaît attachée aux individualités diverses du milieu familial mais pendant la subnarcose, G. lui donne des bases concrètes, c'est à propos de souvenirs particuliers que se révèle soit la haine, l'agressivité ou au contraire l'admiration, l'attachement, le besoin affectif. De même, le détachement du monde extérieur, l'impossibilité de s'y projeter, s'atténue dans la mesure où l'évocation du souvenir, par la subnarcose, même si elle est liée par sa forme et ses images au passé, s'accompagne d'une émotion actuelle, d'une substance affective présente. L'impénétrabilité, autre élément de la discordance, se résume finalement au système délirant actuel de modification corporelle, système peu extensif, limité au malaise cénesthésique mais fermement attaché à lui.

Ces malaises, dans la permanence et l'angoisse desquels le sujet puise la matière de ses rationalisations, sont surtout évoqués pendant la prise de contact qui précède la séance. A la phase finale de la tentative, ils se sont atténués et la présentation de G. en est profondément modifiée. Ainsi peut se mesurer un certain progrès parallèle sur le plan subjectif et le plan sémiologique. Il va de pair avec une amélioration de l'humeur, et "l'enkystement" des thèmes délirants.

Quelle est la profondeur de l'amélioration constatée, quelle part doit-on y faire à une rémission spontanée, quels sont les facteurs qui ont pu aider à la confirmation de celle-ci ? On trouve hélas, dans l'évolution du cas de G. des faits qui montrent

surtout la fragilité du résultat thérapeutique obtenu. L'adaptation au monde extérieur n'a été possible que quelques mois. Une rechute franche y a mis fin. Plusieurs autres hospitalisations ont été nécessaires, jusqu'au jour où une tentative de suicide réussie mit une fin tragique à 8 ou 10 ans d'évolution. Sur la sédation rapide de la rechute de septembre 1955, apportée par un traitement biologique, sur les rémissions ultérieures à nouveau observées, on peut dire qu'elles ont apporté la preuve de la lenteur, du caractère peu intense, de l'aggravation en profondeur de la psychose déjà objectivés par la subnarcose.

Dans l'aide apportée au processus de rémission, on peut invoquer également le rôle de sédation pharmacologique du barbiturique. Mais le petit nombre de séances, leur espacement dans le temps et leur brièveté montrent la valeur exacte de la seule sédation physiologique. En fait on ne peut nier l'action d'un processus d'ordre psychologique. Il est plus difficile d'en préciser la nature. Est-ce l'éveil du "dynamisme affectif" conservé, selon l'opinion de C. PASCAL ; est-ce l'abord phénoménologique du sujet et de ses conflits psychoaffectifs ? Ces deux thèses apparaissent également intéressantes et utiles dans leurs applications pratiques. Elles correspondent à des méthodes d'emploi, dans chaque cas particulier, des drogues. Elles résultent de l'observation de faits cliniques concrets. Elles reposent sur une conception psycho-biologique de la schizophrénie assez globale pour n'en ignorer aucune des composantes, somatiques ou psychologiques. Chacun de ces auteurs, C. PASCAL ou R. BESSIERE et J. FUSSWERN, acceptent de voir dans le résultat obtenu avant tout un enrichissement du diagnostic et des éléments pronostiques. Ils insistent avant tout sur les enseignements psychopathologiques que comportent leur pratique, mais ne veulent pas négliger cependant l'aide apportée au traitement par le retour au présent d'une affectivité et de ses images dont la subnarcose permet la reviviscence émotive. Il existe bien sûr un grand pas à franchir entre l'extériorisation de ces émotions qui ont pu échapper à la destructuration psychotique et leur utilisation dans une conduite thérapeutique globale. Il est esquissé dans l'oeuvre de R. BESSIERE et J. FUSSWERN. Dans le cas de G., il est bien évident que cette tentative est demeurée extrêmement partielle. Le contact a été pris avec le malade, la connaissance précise des insuffisances de G. a été rendue possible par la subnarcose. Il aurait fallu conserver ce contact, maintenir l'atténuation observée des phénomènes cénesthésiques pénibles, angoissants. Dans l'insuffisance de notre tentative, doivent être mis en cause l'impossibilité d'un traite-

ment de post-cure psychiatrique à la date où se situe cette tentative et les changements de médecins et de lieu de traitement où apparaît la carence du milieu familial.

Ces quelques exemples cliniques ne serviront point à introduire une discussion pour ou contre la "narcoanalyse", les possibilités d'action et les limites de celle-ci ont déjà été décrites dans maints travaux substantiels. Il nous paraît plus intéressant d'insister en conclusion sur quelques caractéristiques générales de la subnarcose ou hypnagogie barbiturique.

Elle paraît offrir, mieux que tout autre méthode, des possibilités de reviviscence mnésique. L'ecmnésie représente un de ses éléments structuraux essentiels, que le médecin peut utiliser d'ailleurs à des fins diverses. Les images du passé y acquièrent ces qualités d'actualité caractéristiques du symptôme classique : "Dans l'ecmnésie, la mémoire constituée est prise pour la mémoire constituante. L'ecmnésique revit des "tranches entières" de son passé, comme si elles étaient présentes", écrit J. DELAY (14b). Cette possibilité trouve son plein emploi dans la thérapeutique des syndromes émotionnels récents, et des amnésies psychiatriques. C'est là une des directions de l'effort psychologique du thérapeute, qui a pu s'exprimer sous des termes différents, catharsis, abréaction, déconditionnement, passage du souvenir du plan de la mémoire autistique à celui de la mémoire sociale, grâce à la reviviscence. Dans les névroses plus anciennes ou les psychonévroses l'exploration de la mémoire des faits de veille n'apparaît pas, en soi, comme suffisant au point de vue thérapeutique, et comme déjà le soulignait B. SIDIS le processus de cure réclame des efforts plus complexes et sans doute plus prolongés. Dans les syndrômes psychiatriques plus graves, intéressantes paraissent être les ressources d'une exploration systématique des souvenirs d'enfance ou de jeunesse que R. BESSIERE et J. FUSSWERK ont mis au point.

Un autre trait général de l'hypnagogie barbiturique sur lequel ces derniers auteurs ont bien insisté, est la possibilité de pénétrer dans le monde subjectif du malade, mieux et plus facilement que par des entrevues simples. Il faut attribuer à la sédation pharmacologique spécifique du barbiturique un rôle fondamental dans l'établissement de ce contact entre le médecin et le malade. Sa durée sera variable, mais son maintien et son contrôle seront facilités par l'enrichissement simultané de la connaissance diagnostique du cas.

La maniabilité des barbituriques permet souvent, à la seule condition d'une prudence et d'un respect d'autrui indiscutablement nécessaires, la fusion satisfaisante des découvertes diagnostiques et d'une action psychothérapeutique.

IIème P A R T I E

- : -

LA RELAXATION ET L'AUTOGENE TRAINING de J.H. SCHULTZ.

C'est dans l'oeuvre de H. WALLON que l'on peut trouver le thème général d'introduction à toute étude des rapports existants entre tonus moteur et vie affective, entre comportements et vécu subjectif, entre appareils d'action et appareils de perception.

"La physiologie montre que le tonus n'est pas simple, (...) Il accompagne le mouvement, lui donnant le soutien qui est nécessaire à sa progression régulière, au dosage exact que peuvent exiger les résistances rencontrées. Répandu dans tout l'ensemble du corps, il y assure l'équilibre nécessaire à l'exécution de chaque geste, en réalisant l'attitude soit stable, soit mobile, qui s'approprie aux différentes phases de l'acte. Ainsi ne fait-il pas qu'être le support du mouvement qui s'effectue, il en prépare la suite, il le tient en puissance, et ce rôle peut devenir exclusif du mouvement lui-même. Alors il y substitue l'immobilité, mais une immobilité parfois pleine de tensions musculaires (...). A cette accommodation en vue du mouvement se combine étroitement celle de l'appareil perceptif, qui n'est pas moins tendu vers le but ou vers la proie, que celle-ci soit présente ou seulement atténuée (...). La fonction tonique peut ainsi fusionner les deux pôles sensoriel et moteur de l'activité, leur donner une même orientation expectante. Elle se fait à la fois plastique et fourmillante d'énergie. Elle immobilise temporairement le geste, mais en le maintenant selon toutes les incitations perceptives vers lesquelles le sujet est plus ou moins curieusement ou ardemment tourné". (14 pp. 153-154)

"Simultanément modelé par les variations qui viennent à se produire aussi bien dans l'ambiance que dans les viscères et dans l'activité propre du sujet, le tonus est bien fait pour servir d'étoffe à la vie affective" (15).

H. WALLON nous guide ainsi directement au centre de problèmes cliniques. J. de AJURIAGUERRA et J. GARCIA BADAIRACCO montrent (2) que ses thèses s'intègrent harmonieusement aux préoccupations actuelles d'une doctrine psychosomatique qui "ne gardera toute sa valeur que si on admet que le conflit, consciemment ou inconsciemment, est dans un sens général vécu par le corps et que le corps est en conflit face à une situation donnée". L'enfant apporte l'exemple que H. WALLON a su rendre évident de l'intégration tonico-émotionnelle et les réactions globales qu'elle implique dans les manifestations affectives s'exprimant selon les voies et les organes de l'excitation ou de l'inhibition. Chez l'adulte, "leur persistance sous une forme primitive lors d'un degré élevé d'évolution" réalise un mode de réaction morbide dont

la persistance n'est pas sans danger psychique et somatique pour l'organisme : "Si jouer avec son corps, sa vie symbolique peut être un gain pour l'enfant, vivre cette même vie avec son corps peut être dans certaines circonstances un épuisement chez l'adulte". (2)

On a beaucoup insisté sur la proximité du système musculaire tonique et des fonctions neuro-végétatives. Toute étude de l'émotion normale ou pathologique révèle les liens qui les unissent. L'émotion dans toutes ses formes : peur, terreur, colère, indignation, désespoir, par exemple - associe aux "tempêtes motrices" ou aux inhibitions, la perturbation de "tout l'appareil des réflexes et des fonctions végétatives" comme l'écrivait P. JANET dans ses études sur le rôle désorganisateur de l'émotion. Les recherches psychopathologiques ont fouillé le champ des dérèglements humoraux, mais la labilité du processus biologique en cause, les innombrables différences interindividuelles rendent difficile l'application des résultats expérimentaux à la clinique concrète. Les méthodes de relaxation, à l'opposé, abordent le problème de l'émotion par la voie du tonus postural, elles se plient à une application individuelle et, par leur rôle modificateur favorable à l'individu, elles se moulent sur la dynamique même de cette fonction psycho-physiologique. Edmund JACOBSON nous présente ainsi une étude systématique, conduite avec la patience du chercheur scientifique et un souci égal de vérification objective, dont les premiers résultats datent de 1920 (7). A l'aide de l'auto-observation, de l'examen et du traitement de malades nombreux et divers, il a établi la concomitance entre tension musculaire et tension nerveuse, objectivant la présence de tensions musculaires généralisées ou localisées au cours de toute manifestation de nervosité ou d'émotion. Des enregistrements électromyographiques lui ont montré que toute émotion et même toute activité mentale s'accompagnent sur les tracés de "patterns" électromyographiques au niveau de régions musculaires diverses. La relaxation musculaire complète, pour l'obtention de laquelle E. JACOBSON a mis au point une méthode d'apprentissage, s'accompagne à l'opposé d'une diminution très marquée de ces potentiels. Cette méthode d'apprentissage, dont nous rappellerons brièvement les éléments, repose sur l'éducation de la sensibilité du sujet aux tensions musculaires dont son système tonique est le champ (7,8,9). Le sujet est allongé dans une pièce modérément éclairée. Le contraste entre la sensation de tension et celle de détente est démontré par le médecin qui s'oppose à des contractions volontaires demandées à des groupes musculaires précis, puis ordonne la détente. Progressivement toute la motricité volontaire peut être ainsi explorée, et l'action éducatrice s'appesantir sur cer-

tains groupes musculaires, dont le rôle fonctionnel apparaît important, musculature thoracique et abdominale, musculature des appareils oculaire et phonateur. Cette méthode minutieuse réclame de nombreuses séances, et une coopération active de la part du malade qui s'exerce également pour son compte. Les séances peuvent être collectives. La relaxation différentielle, autre forme de cet apprentissage, a pour but d'apprendre au sujet à réaliser un acte avec économie de tension musculaire, en localisant aux seuls muscles physiologiquement nécessaires l'effort à accomplir et en réduisant les tensions d'accompagnement parasites.

E. JACOBSON (8) abordant le domaine psychiatrique pense qu'au point de vue diagnostique des termes comme neurasthénie, psychasthénie, névrose, psychonévrose sont employés usuellement sans grande discrimination. Chacun d'eux reflète des théories historiques et "mériterait d'être réévalué à un niveau plus critique et moins théorique". Pour lui, la plupart des troubles groupés sous ces vocables "sont en termes physiologiques, des formes et des effets de l'hypertonie neuromusculaire ("neuromuscular hypertension") compliquée par la constitution d'habitudes pathologiques". Dans ces états à l'hypertonie du système musculaire squelettique s'associe celle de la musculature lisse, végétative. L'apaisement des tensions dans le système musculaire volontaire ne manque pas d'entraîner "une quiétude semblable de l'appareil végétatif". Il existe évidemment un cercle vicieux : l'hyperactivité neurovégétative semble entraîner celle des réflexes cérébrospinaux, de façon locale ou diffuse et ceux-ci accroissent à leur tour les réactions végétatives". (7 p.32)

Une observation et une évolution thérapeutique sont permises, au niveau même d'un trouble que E. JACOBSON tient pour fondamental dans tout désordre névrotique, par un apprentissage contrôlé. L'objectivation et la transformation du trouble sont étroitement liées au cours de l'abord clinique. Elles reposent non point sur l'étude d'un champ particulier psychologique, moteur ou sensoriel de l'organisme, mais sur une tentative d'approche de concordances entre ces champs divers : "Ainsi une triple correspondance (qui est grosso modo une identité) est mise en évidence entre les états musculaires, les influx sensoriels proprioceptifs et les processus conscients du sujet, elle nous conduit apparemment à une vision particulièrement intime et détaillée des éléments impliqués par les relations de "l'esprit et du corps" (7 p 431). Il n'est pas vain de rappeler avec T. BRAMTOY (3) que la méthode de E. JACOBSON s'intéresse directement à des symptômes

névrotiques fondamentaux tels que les douleurs et la fatigue. Mais ces deux termes déjà nous montrent la trop grande objectivité de l'entreprise de E. JACOBSON, l'absence d'une dimension psychologique véritable, qui, par exemple faisait employer à P. JANET face aux mêmes symptômes des termes plus justes, à résonance psychologique plus forte, d'algies ou d'asthénie. L'oeuvre de E. JACOBSON et sa pratique sont limitées par les frontières d'une objectivité à tout prix, et demeurent à un niveau théorique et concret où les comportements humains perdent leur signification ou leur valeur symbolique.

Cette critique est reprise par J.H. SCHULTZ, en ces termes : "Dans l'exposé de la "relaxation progressive" de JACOBSON, il nous a fallu relever sa position unilatérale, l'accentuation de l'aspect physiologique du problème de la relaxation au détriment des facteurs psychologiques centraux, insuffisamment pris en considération" (12 p.170). La méthode de J.H. SCHULTZ vise à la même autosédation, au même amortissement des résonances des affects et à la même rupture des cercles vicieux psychophysiologiques. Elle tire ses origines et sa pratique d'un niveau de conduite humaine autrement complexe où le facteur psychologique intervient plus manifestement. De là vient sans doute la difficile systématisation de son application individuelle et de ses résultats, mais également la richesse du domaine des faits qu'elle découvre. C'est en effet à partir du vécu cénesthésique de l'hypnose que furent isolées les sensations qui vont guider le sujet à cette "déconnection" de l'organisme, dans l'"autogène training". "Ce furent les travaux d'O. VOGT qui attirèrent mon attention sur cette question. O. VOGT avait signalé la possibilité pour certains individus cultivés et doués d'esprit critique, d'entrer dans l'état particulier d'hypnose par une action volontaire et personnelle. (...) Oscar VOGT avait déjà souligné à l'époque (1893-1900) l'intérêt pratique de ces faits et avait décrit chez ses patients, à côté de bénéfices d'ordre général, une augmentation de leurs possibilités d'auto-observation". (12 p.1). L'auto-hypnose, son rôle sédatif, sa valeur de méthode méditative sont situés au centre de l'oeuvre de J.H. SCHULTZ, qui individualise un cycle inférieur d'exercices et un cycle supérieur. Dans le premier, le vécu du sujet s'imprègne de la cénesthésie somatique dont la pesanteur et la chaleur sont les éléments les plus communs. Dans le second sont obtenues des impressions psychosensorielles : couleurs, visualisations d'objets, de pensées, de personnages. De toute façon ces faits neufs vécus conservent pour le patient la même valeur psychosensorielle : "le caractère" subjectif" de ces phénomènes reste toujours évident.

Ils sont vécus comme faisant partie du moi". (12 p.5) Il paraît indispensable d'insister avec l'auteur sur le caractère "rationnel" de la méthode qui se distingue de l'hypnose par la conservation de la conscience personnelle du sujet et réclame, tout à l'opposé de la suggestibilité hypnotique, un effort d'attention et de concentration mentale. La relation du médecin et du sujet n'est pas fondée sur un "rapport hypnotique" imposé et subi mais sur des connaissances scientifiques et une expérience médicale du côté du médecin, et, de la part du malade sur une confiance attentive et une bonne volonté orientée vers la guérison : "Plus le degré de normalité est grand, meilleur est le pronostic et plus aisée est l'utilisation de la méthode" (12 p.12).

Tout à l'opposé de l'induction hypnotique classique, l'apprentissage de l'"autorelaxation concentrative" est lent. Couché, en position de détente anatomique, dans une pièce demi-obscur et calme, le sujet est informé par le médecin, guidé et contrôlé par lui. L'induction initiale au calme est facilitée par l'attention donnée par le sujet à une formule telle que "je suis tout à fait calme". Puis l'apprentissage de la pesanteur débute par la recherche de la sensation - guide, la pesanteur, qui apparaît en un point variable puis, au long des exercices, tend à diffuser, à tout le bras, puis au bras opposé. Les exercices initiaux sont très courts, 20 à 30 secondes, interrompus par des "reprises", étirement, respiration profonde, puis ouverture des yeux ; 4 ou 5 exercices de ce type sont réunis au cours de la même séance, qui sera répétée ainsi 3 ou 4 fois par jour, selon un horaire régulier, de préférence après les repas. La pesanteur tend à diffuser à tout le système musculaire en 2 ou 3 semaines. Puis le sujet est conduit à l'apprentissage de la 2ème phase : celle de la chaleur, aidé par la formule : "Mon bras droit est chaud". La diffusion de cette sensation, facilitée par l'acquis antérieur de la perception de la pesanteur, est rapide. Puis viennent les phases de contrôle cardiaque, respiratoire et abdominale. L'apaisement déjà apporté par les précédents exercices et l'habitude acquise par le sujet de "s'enfoncer" dans ce monde cénesthésique original et satisfaisant, permettent d'aborder ces fonctions au rythme automatique et secondairement de favoriser celui-ci. Les impressions de chaleur épigastrique et de fraîcheur du front terminent le cycle complet des exercices inférieurs de J.H. SCHULTZ. Deux ou trois mois d'entraînement sont nécessaires pour l'ensemble, le sujet est vu deux ou trois fois par semaine par le médecin et pratique seul les autres séances, leur durée atteint finalement un quart d'heure environ.

Malgré une apparente bénignité, la méthode de l'Autogene Training ouvre des aperçus psychologiques

d'une richesse étonnante, d'intérêt spéculatif fondamental et d'utilité thérapeutique immédiate dans le domaine des névroses et des affections psychosomatiques. La lecture du livre de J.H. SCHULTZ le montre aisément, et nous avons essayé d'en apporter plus bas quelques exemples cliniques. Le problème de la conscience du corps et du schéma corporel, par exemple, trouve ici un nouveau champ d'études. Les relations du sujet débordent, dans 4/5ème des cas, les sensations simples de pesanteur décrites. Ce sont alors des paresthésies, fourmillements, picotements, etc... ; ou bien un bras senti comme un "membre étranger" ; ou une impression de membres séparés du corps, d'augmentation de volume des membres ou segments de membres ; ou enfin une impression générale de vertige. Des phénomènes d'hypoalgésie ou d'anal-gésie peuvent aussi s'observer. Un autre fait marquant est l'obtention de l'"autosédation", phénomène auquel aboutissait E. JACOBSON, amortissement de la résonance des affects. J.H. SCHULTZ nous introduit lui aussi à ce niveau où se mêlent perturbations émotionnelles, réactions toniques, hyperfonctionnement neuro-végétatif : "Chez l'homme et chez l'animal, il se produit au cours de perturbations émotionnelles des oscillations des plus violentes. Elles s'expriment aussi bien par les modes d'expression des systèmes musculaire et vasculaire soumis à la commande centrale des appareils endocriniens, que par la mise sous tension et la sécrétion des organes sous commande neurovégétative qui provoque des changements dans toute la biochimie organique. On comprendra dès lors facilement qu'une technique qui permet à celui qui s'y est exercé, de mettre en état de repos, par un acte de concentration momentanée, des systèmes expressionnels comme les muscles, les vaisseaux, le coeur et l'appareil respiratoire, voire même partiellement le tonus des organes abdominaux, puisse supprimer une partie importante de la tension affective. Ces ondes d'irritation provoquent, par leur passage dans l'organisme, une foule de sensations, d'altérations de l'équilibre, d'irritations, etc... La suppression de celles-ci par la relaxation partielle permet à l'affectivité de s'exprimer de façon plus intellectuelle et plus imaginative". (12 pp.45-46)

Cette dernière phase annonce la possibilité de dépasser les résultats psychologiques de la première phase d'autoconcentration somatique de l'Autogene Training pour s'orienter vers le développement des possibilités imaginatives et méditatives du sujet. Nous examinerons ces faits dans notre dernière partie, non sans insister sur le fait qu'il existe déjà une "psychologie" du cycle inférieur de J.H. SCHULTZ. La conscience du sujet, "captive" volontairement des sensations cénes-thésiques, est ici le siège d'un processus de dissolution semblable à celui de l'hypnagogie. L'auteur comparant au point de vue physiologique cet état de relaxation

à celui du sommeil et à l'état hypnotique induit par stimuli monotones, insiste finalement sur les "expériences vécues de recueillement et d'intériorisation" : "L'expérience de la concentration intérieure et du recueillement, favorisée par l'attention accordée à des processus somatiques est ici aussi très importante ... Dans cette attitude relativement primitive, proche des sensations cénesthésiques ressenties par exemple dans un bain chaud, les processus psychiques qui nous lient à la vie extérieure et spirituelle sont partiellement désinvestis. Concentré sur son vécu somatique, le patient pénètre ainsi dans les couches sensibles et émotionnelles de son moi corporel et se trouve alors amené sans contrainte vers une concentration intériorisante". (12 p.9)

Nous avons pu appliquer la méthode de J.H SCHULTZ à une série de syndrômes névropathiques dans le service du Professeur J. DELAY, au cours de notre travail d'interne, et dans le service du Professeur J. DECOURT qui nous a permis aimablement de suivre par ailleurs un certain nombre de malades, qui, venus le consulter pour des troubles somatiques, présentaient des traits névrotiques dominants. Ce sont les résultats cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette expérience que nous présentons ici, à propos de 4 observations. Les trois premières ont été obtenues dans le service du Professeur J. DECOURT, elles comportent des éléments "fonctionnels" qui semblent être influencés très favorablement par les méthodes de relaxation conduites avec une suffisante ténacité. (1) La dernière observation est un cas de phobies avec agitation anxieuse et troubles cénesthésiques multiples, suivi dans le service du Professeur J. DELAY. Des observations semblables et leur évolution favorable ont été décrites par J. H. SCHULTZ, E. JACOBSON et J. de AJURIAGUERRA. Dans les commentaires brefs qui suivront nous soulignerons, pour chaque observation quelques traits particuliers.

Le domaine exploré par la relaxation est chez chaque sujet différent et notre désir se limite à la démonstration, à propos de cas cliniques, de cette possibilité d'un abord individuel, de cette souplesse précieuse caractéristique de l'Autogene Training.

Sixième observation. - R. âgée de 24 ans, employée dans une teinturerie, vient consulter en Juin 1958 dans le Service du Professeur J. DECOURT pour des troubles de l'appétit et du sommeil, des phénomènes cénesthopathiques et des modifications de l'humeur.

Dans ce syndrome, on note tout d'abord une anorexie, perte de la sensation de faim, avec amaigrissement modéré, de 6 kg., les efforts d'alimentation s'accompagnent de nausées. La conservation du cycle menstruel et le caractère modéré de l'amaigrissement permettent d'éliminer le diagnostic d'anorexie mentale. Par ailleurs existe un syndrome névropathique où la tension nerveuse et musculaire semble jouer un grand rôle. R. se sent "fatiguée dès le lever", elle ne sait d'ailleurs plus se reposer, ne peut rester au lit, est la proie d'une subexcitation motrice et affective permanente. On note une hyperactivité désordonnée, de l'irascibilité, une dramatisation des relations avec l'entourage. Sa famille l'irrite, ses patrons lui sont insupportables. R. dort difficilement, rêve beaucoup de son travail et d'un fiancé perdu. Elle présente enfin des douleurs dorsales, occipitales, frontales ou enfin pelviennes au moment des règles.

Dans les antécédents familiaux, on note le décès du père d'une cirrhose du foie à l'âge de 62 ans, il y a 5 ans : "il buvait", était un peu difficile mais "pas violent". "J'aime mieux ma mère". Celle-ci âgée de 58 ans, est en bonne santé, "très gentille, nerveuse si on l'ennuie". Six collatéraux : deux frères, quatre soeurs, pas d'éléments psychiatriques chez ceux-ci.

La naissance et le développement psycho-moteur de R. se sont déroulés normalement. Ni énurésie, ni convulsions. R. était une enfant facilement coléreuse, la plus jeune, préférée de sa mère qui cédait à ses caprices : "on ne m'a jamais forcée". Des difficultés alimentaires existaient déjà pendant l'adolescence. Depuis l'âge de 16 ans, R. travaille dans une teinturerie comme "marqueuse", ouvrage qui demande une certaine attention. Elle habite avec sa mère, une soeur et deux frères, plus âgés, célibataires.

Ces dernières années ont été marquées par l'évolution tragique pour la malade, de fiançailles finalement rompues qu'elle a vécues sur un mode d'excitation passionnelle. Le début de l'exaltation affective semble remonter à une grossesse, terminée par une fausse couche de 4 mois en Juin 1957. Alors apparaissent irritabilité, irascibilité, insomnie avec cauchemars (des hommes s'approchent d'elle menaçants, elle voit des accidents, du sang) et enfin une exophtalmie. L'amant l'abandonne, sans rompre tout à fait. Elle vit dans une subexcitation permanente. Elle part d'innombrables fois à la poursuite de ce fiancé trop discret qui, militaire, utilise l'éloignement et les changements de garnison, pour s'échapper. Elle lui téléphone ou lui télégraphie pour fixer des rendez-vous auxquels il ne vient pas, etc...

Malgré ce comportement passionnel R. poursuit son travail et habite dans sa famille. Finalement on la conduit au médecin.

Les examens cliniques et paracliniques permettent d'éliminer le diagnostic de maladie de Basedow malgré l'amaigrissement et l'exophtalmie. Un traitement sédatif est instauré (3 comprimés de procalmadiol) et le repos est conseillé. R. part deux mois en convalescence, y reprend un peu de poids, un peu de calme. Mais au retour elle dit "s'ennuyer toujours", se sentir triste. La subexcitation est encore notable, R. ne tient pas en place, son débit verbal est pressé, sa mimique rapide. Si l'appétit est meilleur, le pain "passe mal". Les émotions, faciles, déterminent des sensations thoraciques angoissantes, de tension ou de spasme, des palpitations. Douleurs musculaires, irrégularité du sommeil, instabilité du caractère, médiocrité des contacts sociaux, tous ces symptômes demeurent, peu modifiés. R. ne sait toujours pas se reposer : éveillée, elle ne peut rester couchée ; debout, elle ne tient pas en place ; au dehors, elle déambule rapidement, d'une allure toujours excessive.

Le procalmadiol est maintenu à la même dose ; 5 à 10 centigrammes de barbituriques aideront par intermittence l'endormissement ; enfin, l'apprentissage de la méthode SCHULTZ est proposé et accepté. R. est d'abord vue deux fois par semaine pendant un mois, puis elle reprend son travail, elle est vue une fois par semaine, enfin une fois tous les 15 jours. L'entraînement progresse lentement - 4 mois pour les 2 premiers exercices, la pesanteur et la chaleur - mais évolue parallèlement à une amélioration franche. Les doses médicamenteuses sont réduites bientôt de moitié, la relaxation acquérant progressivement un rôle majeur de sédation.

Au cours des premières séances, c'est à peine si R. peut conserver les yeux fermés et la position de détente plus de 15 à 20 secondes à chaque exercice. Le contact avec elle est limité par une précipitation permanente, la conversation qui accompagne la séance consiste en quelques phrases brèves échangées. R. fait consciencieusement, mais avec la même brièveté, les exercices chez elle. Elle sent d'abord : "comme si mon bras n'existait plus", puis la pesanteur naît dans le poignet et le coude droits. Au 10ème jour, la durée des exercices atteint 1 à 3 minutes. Une impression de pesanteur diffuse et d'intensité moyenne gagne le membre supérieur droit. Puis au cours des séances ultérieures, on assiste à une diffusion progressive de la sensation de pesanteur au niveau des deux bras et des épaules, obtenue à la fin du premier mois. On note une atténuation parallèle de l'excitation psychomotrice. R. reprend son travail, y éprouve des difficultés, fait moins régulièrement ses exercices, vit des journées et des nuits agitées. Plus de régularité lui est demandé dans sa pratique et au bout de

une ou deux semaines, elle retrouve le calme. Les relations avec l'entourage sont plus détendues, tous la trouvent transformée. Son comportement social est plus harmonieux, elle peut se promener avec des amies, est capable de se distraire. Une partie des cénesthopathies disparaît. L'appétit est régulier. Le pesanteur n'étant obtenue, au niveau des membres inférieurs qu'à la cheville droite, les exercices de chaleur sont conseillés. Cette sensation naît facilement au niveau déjà atteint par la pesanteur. Puis vers la fin du 3ème mois d'apprentissage, la pesanteur apparaît au niveau des membres inférieurs, y diffuse, et rapidement après elle la chaleur. R. travaille régulièrement. L'amélioration se consolide. La parole et les gestes sont posés, les liens sociaux sont noués avec calme. R. ne pense plus au passé, on note moins de cauchemars, un appétit régulier, la disparition progressive des cénesthopathies. Il s'agit d'une amélioration spectaculaire, assez rapidement obtenue. L'action logique au niveau des troubles est parfaitement comprise par la malade qui coopère consciencieusement au gain de l'amélioration et à son maintien.

Septième observation.- E., âgée de 30 ans, consulte, conduite par son mari pour un amaigrissement, des cénesthopathies et divers troubles névropathiques dont le début remonte à une huitaine d'années.

Peu de temps après son mariage, au mois de février 1949, E., auprès de son mari officier en garnison en Allemagne, fait une fausse couche accidentelle. Son émotivité, dont témoigne une éreutrophobie, des difficultés de contact social s'exagèrent alors. Elle craint qu'on ne répande le bruit que cette fausse couche est provoquée. Elle maigrit, présente de l'anxiété, des angoisses. Le mari part en 1951 pour un séjour de plus de deux ans en Indochine. E. vit cette séparation dans sa famille, sans indépendance et claustrée volontairement, inquiète, déprimée, éveillée à l'aube par l'anxiété. Des palpitations, une sécheresse de la bouche qui gêne l'alimentation apparaissent en 1952 à l'occasion d'une émotion vive, d'ailleurs non fondée (elle s'évanouit, à l'annonce que son père est hospitalisé, elle pense qu'il a un cancer du larynx, idée qui est le fruit de son imagination anxieuse). Elle est traitée de façon diverses : insuline à doses faibles, extraits thyroïdiens, sédatifs et stimulants. Deux enfants sont nés entre temps, les grossesses se sont déroulées parfaitement, avec reprise de l'appétit et disparition de presque tous les troubles. Par contre, le retour du mari n'est suivi d'aucune amélioration, il change les méthodes éducatives employées, des petits drames publics ou privés sont fréquents.

Pour cette raison ou pour une autre, le syndrome se modifie en 1955, année pendant laquelle se développent des phénomènes obsessionnels : "J'analyse tout, j'étudie tout, je ne suis pas à mes occupations, je les fait mais j'ai l'impression d'être une automate". "En 1955, je ne dor-

mais plus, je me suis mise à penser, à expliquer le mystère de la naissance, de la création, de l'univers; c'est idiot mais c'est plus fort que moi. "Pourquoi ?", Toujours "pourquoi ?" En juillet 1956, une hospitalisation est décidée, six électrochocs sont pratiqués. Ils apportent un certain retour du calme physique, une reprise légère de l'appétit : "Au point de vue des nerfs, j'étais calmée, mais les obsessions s'étaient aggravées". Les cénesthopathies demeurent. En 1957, on pratique encore, et sans résultat, des séances de traction vertébrale.

E. à son entrée dans le service est maigre, 44 Kg., elle est pâle. Elle se plaint d'insomnie, de nausées, de sécheresse de la bouche, de sudations nocturnes, de palpitations, de poussées diarrhéiques, de bouffées de chaleur. Le cycle menstruel est raccourci (26 jours) et la période cataméniale pénible.

L'étude des antécédents, les examens pratiqués ne révèlent pas de fait particulier. Le diagnostic d'amaigrissement avec cénesthopathies et phénomènes névropathiques obsessionnels secondaires est posé. L'isolement total est imposé, il durera un mois. Il lui est associé une réalimentation avec un régime riche en glucides, selon la méthode du Professeur J. DECOURT. L'apprentissage de la méthode de SCHULTZ est conduit en même temps. Les premiers jours sont difficiles mais la malade prend finalement un kilo. par semaine. L'apprentissage de la relaxation se déroule assez régulièrement. En quatre semaines, la pesanteur et la chaleur sont obtenues de façon diffuse, à chaque exercice. La malade salive plus, ressent plus rarement ses palpitations, ses sudations, ses nausées, elle dort mieux. Ses préoccupations obsessionnelles s'atténuent. L'apprentissage du contrôle respiratoire et cardiaque est ensuite pratiqué. A sa sortie, elle a grossi de 6 kgs et se trouve transformée. On conseille la poursuite de la relaxation et la séparation d'avec les parents.

Deux mois après sa sortie, E. se porte bien, elle a conservé son poids, son appétit, une salivation normale. Elle rêve beaucoup mais dort suffisamment. Elle a un meilleur contact social. Mais après cette consultation, elle abandonne la pratique régulière des exercices. Elle installe d'ailleurs un nouvel appartement avec une activité qui étonne son mari. Au bout de deux mois, un accident de dent de sagesse, avec intervention, hémorragie, réintervention, syncope, détermine une bouffée nouvelle de cénesthopathies : jambes cotoneuses, bouffées vasomotrices de la face, impressions d'étouffement, céphalées, quelques ruminations obsessionnelles à nouveau. Une rechute se dessine. La malade est revue dans cet état, la reprise de la relaxation est vivement conseillée et aussitôt pratiquée. Ainsi une nouvelle sédation des phénomènes morbides est obtenue. La malade qui n'éprouvait plus les impressions de pesanteur ou de chaleur aux membres inférieurs est réentraînée en 3 ou 4 séances,

distantes de 15 jours chacune, qui assurent chaque fois un progrès dans l'amélioration.

Associée à une phase d'isolement et de réalimentation qui ont permis une reprise de poids indispensable sans doute à l'amélioration du fonctionnement neurovégétatif, à un traitement "tranquillisant" à des doses mineures (3 puis 1 comprimé de procalmadiol par jour), la relaxation a permis ici une transformation clinique remarquable, son apprentissage, le bénéfice que la malade sait en tirer offre pour l'avenir des certitudes de consolidation, moyennant une surveillance espacée.

Huitième Observation. - M. âgé de 52 ans, manoeuvre dans une menuiserie, est hospitalisé dans le courant du mois de Mai 1958 dans le service du Professeur J. DECOURT pour un syndrome complexe qui comporte des spasmes digestifs, gênant l'alimentation et d'autres troubles viscéraux dystoniques qui s'accompagnent d'anxiété et de dépression modérées. Il ne travaille plus depuis trois mois.

Le début des troubles a été progressif par l'aggravation d'"étourdissements" antérieurs, remontant à 4 ou 5 ans et d'adjonction à ceux-ci de troubles toniques divers. Les aliments au cours des repas ne peuvent pas passer, "c'est comme si c'était bouché", cela se produit avant les repas, alors M. se crispe, tremble, pleure ou sent comme un voile devant les yeux. Les muscles du cou se raidissent, le coeur se met à battre violemment, de façon pénible. Dans la rue, de même ou au travail ces phénomènes apparaissent ou s'exagèrent brutalement : "regard vague ! Coup au coeur ! Douleur à la nuque ! ça y est !" M. entre alors dans une sorte d'état second, les objets extérieurs semblent grandir, il se sent dans le vide, il a de la peine à maintenir son équilibre.

Le père de M. est décédé à la guerre de 1914, alors que M. avait 6 ans. Sa mère l'a élevé, elle était "un peu nerveuse", elle a toujours eu "mal au foie et à l'estomac, elle aussi". Trois frères socialement mieux adaptés que M. Il a vécu jusqu'à 40 ans auprès de sa mère, travaillant depuis l'âge de 13 ans, sportif par ailleurs et bien charpenté, il occupe diverses professions, fumiste, ébéniste ouvrier spécialisé dans le bâtiment. Il vit depuis l'âge de 40 ans avec une femme, veuve, qui a amené au foyer un garçon actuellement âgé de 18 ans. Ils ne se sont pas mariés afin de conserver une pension reçue par la femme. Déjà à l'âge de 15 ans, M. a noté les premiers effets de ce qu'il affirme être une insuffisance hépatique chronique : douleurs épigastriques, aérophagie "qui faisait battre le coeur après les repas". Il a depuis gardé des inquiétudes digestives, il est à un régime strict éliminant les boissons alcoolisées, les oeufs ("Je n'ai pas mangé un oeuf depuis 18 ans"), les sauces. Il se livre à des cures médicamenteuses inter-

mittentes. Vers 30 ans, une poussée plus aiguë a été calmée par les barbituriques à faible dose. Il y a 4 ans, des vertiges l'ont obligé à quitter la situation spécialisée et rentable qu'il occupait dans "le bâtiment" et il est employé à un poste pénible, mal rémunéré de manoeuvre dans une ébénisterie. On note une impuissance presque complète depuis deux ans, le sujet dit n'être pas préoccupé par ce symptôme. Les examens somatiques sont négatifs. La prédominance de phénomènes viscéraux et dystoniques, le caractère modéré de l'anxiété morale, l'ensemble de la situation psychologique et le mode d'apparition des troubles font poser le diagnostic de mécanisme hystérique à l'origine des phénomènes morbides. Il sera possible de noter, par ailleurs, lors des essais thérapeutiques des traits de théâtralisme, de revendication affective, associés à un égocentrisme interprétatif et utilitariste.

Hospitalisé, M. reçoit un traitement de 4 comprimés de procalmadiol et 100 mgr. de chlorpromazine, médications qui atténuent l'acuité des phénomènes spasmodiques. Bientôt les repas sont plus faciles, la station debout et la marche moins pénibles. A la sortie, le procalmadiol sera poursuivi, associé à des barbituriques. L'apprentissage de la relaxation sera tenté. Il aboutira à un échec - relatif, puisque le malade s'estimera "guéri à 60%" ! Au long des 8 mois de durée de cette tentative, ce sera l'un puis l'autre des symptômes qui disparaîtra ou réapparaîtra : les "coups au coeur", la tension dans la nuque ou à l'épigastre, l'irritation au cours du moindre travail demandant un peu d'attention et cause elle-même des impressions vertigineuses ou de voile devant la vue, phénomènes retrouvés aussi lors d'une promenade ou d'une course en ville. M. par ailleurs critique les lenteurs de la sécurité sociale, s'étonne que celle-ci ne lui offre pas un reclassement professionnel, joint revendications verbales et utilisation des bonnes volontés de rencontre. Des tentatives de stimulation, même modérées, s'accompagnent toujours d'un retour d'efflorescences cénesthopathiques.

L'apprentissage de la relaxation est franchement atypique mais s'accompagne de phénomènes cliniques intéressants. La recherche du calme initial et de la pesanteur de la relaxation détermine au cours des séances un état exactement opposé : M. s'allonge docilement, concentre son attention sur son bras droit et la phrase-clé, il dit ressentir progressivement la pesanteur se développer, gagner l'avant-bras, le bras, l'épaule et la nuque. Les vérifications objectivent alors l'installation d'une contracture ferme, s'opposant à tout mouvement passif dans les zones intéressées par la sensation. La "pesanteur" recouvre en fait ici une tension cataleptique, qui est la reproduction quasi expérimentale du trouble paroxystique de M. Cette spasmodicité tonique existe, moins intense, au niveau des autres segments de membre. On utilise alors l'apprentissage de la sensation

de chaleur, exercices qui réussissent ici beaucoup mieux que ceux de pesanteur parasités par les tensions musculaires. La sensation au creux épigastrique naît la première, et marque le début de chaque exercice, elle diffuse ensuite au thorax et aux membres. Elle se superpose dans cette topographie, à une des sensations cénesthopathiques du sujet, dont l'origine est dans la région épigastrique, siège fréquent chez ce malade d'impressions spasmodiques ("ma gastrite"), et dont la diffusion se fait à la région précordiale et aux membres. Il est curieux de noter ainsi la superposition dans le cas de la pesanteur et dans celui de la chaleur des sensations obtenues et de leur topographie à ces caractéristiques mêmes du trouble ressenti par le sujet.

La relaxation, malgré l'approche qu'elle permet du trouble lui-même, n'apportera pas ici une cure franche, que rien d'ailleurs dans la situation matérielle et psychologique du sujet ne paraît favoriser.

Le déroulement de l'apprentissage de l'Autogène Training et le domaine somesthésique qu'il révèle au malade et au médecin apparaissent, d'un sujet à l'autre, avec une variabilité déconcertante sur un plan abstrait, mais très intéressante sur le plan concret des manifestations fonctionnelles et névrotiques, jamais tout à fait identiques ni superposables, d'un sujet à l'autre. Le rythme du développement des sensations, l'attitude du sujet à l'égard de la méthode offrent aussi de profondes différences individuelles

Dans le premier des cas décrits, l'Autogène Training paraît atteindre, au-delà des agitations de façade et de symptômes réactionnels, directement le plan d'excitation motrice et d'hypertonie émotionnelle, substrat du syndrome actuel. Cela apparaît bien au cours des premières séances, où la malade ne peut fermer les yeux que quelques instants, ne peut s'étendre sans s'agiter encore, ne reste pas un instant en place. Nous observons ici une caractéristique fondamentale et primaire de la symptomatologie de cette malade, la relaxation va pouvoir agir à un niveau étiologique, avec l'aide de la malade qui éprouvant les premiers bénéfices de cette action se laisse guider avec confiance et suit consciencieusement les conseils médicaux. On assiste à la rupture d'un cercle vicieux pathologique constitué ainsi : excitation psychomotrice - asthénie et cénesthopathies - impossibilité du repos. De même sur le plan social, il est facile de constater que l'excitation de la malade détermine dans le milieu familial ou professionnel des réactions hostiles qui exagèrent encore le malaise, l'irritabilité du sujet. Avec la progression de la sédation de l'excitation psychomotrice, la réharmonisa-

tion du comportement s'exprime sur un plan personnel et social. Il est intéressant de noter chez cette malade des traits de typologie physique particuliers, facteurs dont J. de AJURIAGUERRA et J. GARCIA BADARACCO (2) ont montré l'importance clinique. Peu féminine, elle présente un système musculaire bien développé qui l'apparente au groupe des "somatotoniques" de SHELDON. Des sujets de ce type sont fréquemment des "impulsifs" et présentent souvent, écrivent J. de AJURIAGUERRA, J. GARCIA BADARACCO et M. CAHEN (1 p.67) une réponse "excessive en intensité ou inadéquate dans sa forme" aux stimuli. "Ici encore, atténuation de la résonance aux stimuli, et efficacité de la maîtrise tonique... les cristallisations conflictuelles peuvent se résoudre en partie, à la faveur de l'élément psychothérapeutique".

Notre second cas présente un ensemble plus complexe de symptômes de la série anxieuse, des cénesthopathies plus variées ; des troubles déficitaires instinctuels plus francs du sommeil et de l'appétit, des complications psychiques propres sous la forme de symptômes obsessionnels. L'isolement et la suralimentation imposés jouent un rôle certain dans l'atténuation du malaise cénesthésique, favorisent la reprise de certaines habitudes psychophysiologiques, telles la salivation, l'appétit, un bon fonctionnement digestif. La relaxation associée à ces premiers éléments thérapeutiques son rôle sédatif durable. Elle apprend au sujet à connaître son corps dans des expériences qui n'ont pas le caractère pénible et perturbateur des cénesthopathies mais qui au contraire facilitent un retour des automatismes psychophysiologiques. Nous citerons un exemple où spontanément, sans nul conseil du thérapeute, la malade a su utiliser un des éléments du Training. Elle ressent après la rechute que nous avons signalé, lors de ses sorties, une raideur de la nuque, une impression de striction thoracique avec respiration irrégulière et gêne angoissante. Cet état détermine une accélération de la marche, un essoufflement, puis une impression de syncope prochaine qui lui fait redouter les sorties solitaires. Or elle s'aperçoit que le ralentissement volontaire de la marche, la prise de conscience d'une tension dans les épaules et dans la nuque, l'abandon de cette tension grâce à un mouvement d'abaissement déterminent la disparition des premiers symptômes du malaise, inhibent le déroulement ultérieur de celui-ci. Elle utilise dorénavant ce moyen d'auto-sédation dans cette situation. Elle a ainsi spontanément découvert et mis en pratique un moyen de contrôle tensionnel et d'inhibition d'émotions pathologiques que J.H. SCHULTZ conseille dans son ouvrage (12 pp 47-48) "quand il s'agira de faire face à des mouvements affec-

tifs imprévus, il arrivera souvent que la situation ne permette pas d'adopter la posture typique. A cette fin, nous compléterons la technique en incitant nos sujets à réaliser une décontraction partielle ; avec un entraînement, celle-ci doit être capable d'induire l'état de calme généralisé. La technique suivante s'est montrée très utile : le sujet debout, accompagnera son expiration par un lent glissement passif de ses épaules vers le bas ; il prendra spécialement garde à ce que les deux épaules induisent un mouvement passif d'abandon vers l'avant. Par cette décontraction de toute la ceinture scapulaire, il ressentira une extraordinaire sensation de relaxation dont le point de départ sera la nuque".

Cet exemple de détail montre comment l'apprentissage de l'Autogene Training met à la disposition du sujet névrotique un moyen efficace de contrôler la naissance de l'angoisse, d'inhiber le développement de malaises et des troubles neurovégétatifs et toniques associés aux cénesthopathies. Dans cet exemple encore, c'est au niveau même du trouble qu'intervient le mécanisme d'éducation ou de rééducation. Toute la conduite sociale peut être secondairement influencée.

Dans ces deux cas, il est probable que le traitement est intervenu à une date où un désir réel de guérison existait, ou du moins a pu être utilisé consciemment et avec fruit. Le dernier cas n'offrait pas les mêmes caractéristiques. Les troubles dystoniques aigus des sphères neurovégétatives et musculaires s'accompagnaient de rationalisations hypocondriaques, d'un monothéisme morbide centré sur l'incapacité de poursuite du travail et sur la nécessité d'une prise en charge par la société. De tels faits apparaissent comme diminuant notablement l'efficacité thérapeutique, chez un sujet de 52 ans dont l'insertion sociale et l'adaptation affectives semblent par ailleurs précaires et gênées depuis de nombreuses années déjà. La relaxation met en évidence, au point de vue diagnostique le trouble local, montre la base de la symptomatologie primaire : une tension cataleptique qui sera diffuse ou localisée selon les jours ou les situations, elle découvre aussi le territoire précis des cénesthopathies, en leur substituant au cours des exercices ses sensations non angoissantes. Ces faits ne sont pas sans intérêt théorique, révélant le substrat de symptômes de conversion hystérique mais leur découverte demeure sans résultat thérapeutique. L'expérience de J. de AJURIAGUERRA et coll. (1 p.70) les a conduit à des conclusions péjoratives sur l'emploi de la relaxation chez des malades de ce type. L'échec de la méthode est habituel chez des "malades atteints de sinistrose, de névroses de caractère sado-masochique, de symptômes hystériques de conver-

sion. Toutes ces organisations, comportant trop de bénéfices secondaires et englobant immédiatement le médecin dans des relations projectives figées, ne parviennent à aucune relation réelle avec nous et refusent cette nouvelle orientation du vouloir que sollicite la cure". Cette "nouvelle orientation du vouloir" apparaissait au contraire pleinement impliquée par les premiers cas, elle jouait un rôle important dans leur évolution favorable.

Neuvième Observation. - S. âgé de 31 ans, entre le 31.3. 1958 au service libre de la clinique de la Faculté (Professeur J. DELAY) avec le diagnostic de : "phobies d'impulsion, fonds psychasthénique avec tendances dépressives. Il a été suivi en consultations externes depuis deux mois, une série d'électrochocs ambulatoires n'a pas amélioré son état. Il tenait un emploi à domicile de tailleur-coupeur en confection, mais sa femme a quitté en Octobre 1957 le foyer et depuis S. n'a pu poursuivre son travail, ni supporter la solitude et se sont aggravés des troubles névropathiques déjà anciens.

L'état actuel est dominé par des éléments dépressifs, de l'anxiété, des troubles du sommeil et des phobies. S. se sent las dans la journée, déambule dans la chambre la nuit, ne pouvant trouver le sommeil que pour deux ou trois heures. Il s'abandonne à des rêveries morbides, tristes, au cours desquelles l'avenir lui paraît totalement compromis et le passé mélancoliquement émouvant, il pense parfois au suicide. Des phobies des instruments tranchants, des fenêtres par lesquelles il a peur de se jeter, des ponts ou du métro rendent la vie solitaire impossible. Il va donc habiter chez son père, veuf, auprès d'une soeur aînée. Apragmatique, il aide un peu au ménage, craint de sortir, dort mal, est toujours asthénique, anorectique et triste. L'hospitalisation s'impose.

L'examen somatique ne révèle rien de particulier. L'étude des antécédents héréditaires montre l'absence de notion psychiatrique. Le père est en bonne santé. La mère est décédée brutalement à l'âge de 65 ans d'une affection cardiaque méconnue. Deux soeurs âgées de 33 et 29 ans sont en bonne santé.

La naissance et le développement psychomoteur de S. ont été normaux. On note des peurs nocturnes de l'enfance et des difficultés d'adaptation scolaire. Elevé en Bretagne par des parents métayers, S. a toujours connu la pauvreté, les difficultés matérielles et un certain retrait de sa famille vis à vis du groupe social. A 7 ans, quand il lui faut aller à l'école, il ne parle que le patois breton. Excessivement timide, il se sent toujours inférieur aux camarades de son âge, il pleure chaque jour, privé habituellement de récréation par le maître qui le trouve trop lent (à 13 ans, il a rattrapé ce retard et passe le certificat d'études). A 8 ans, il souffre de crises d'étouffement nocturnes, à 12 ans apparaissent des

crises angoissantes de palpitations et une conscience morbide quasi-permanente des sensations de battements cardiaques. Au bout de deux ans, les crises de palpitations sont moins fréquentes, des préoccupations d'ordre respiratoire les remplacent. S. contrôle l'amplitude et la fréquence des mouvements, s'efforce de ne respirer qu'avec son thorax, en contractant son abdomen. Ce contrôle respiratoire a évolué suivant la courbe des poussées anxieuses, s'est exagéré à certaines périodes (vers 16 ans, par exemple, S. s'entraînait à respirer 5 fois par minute, à l'âge de 20 ans, il mesurait sa capacité respiratoire quotidiennement). A 16 ans, le médecin ayant posé le diagnostic de troubles nerveux, S. limite volontairement son alimentation et atteint ainsi le poids de 34 Kgs, ce qui dit-il, doit conduire sa famille et le médecin à se préoccuper un peu plus de ses malaises. A l'hôpital d'Agen, où il est placé, en effet, il reçoit 18 chocs au cardiazol, qui lui rendent l'appétit et 25 Kg.

S. porte pendant cinq ans une ceinture orthopédique pour "ptose gastrique" qui lui serre l'épigastre mais ne transforme pas son angoisse respiratoire. Une série de 10 électrochocs est pratiquée à 20 ans lors d'une hospitalisation à NECKER. Mais les troubles ne sont guère influencés. S. vit auprès de ses parents, installés dans une ferme de la région parisienne, jusqu'à 25 ans ; il les aide dans la mesure de ses moyens. A 23 ans, apparaît une première poussée phobique, à l'égard d'un revolver confié à S. par un ami. A 25 ans S. se marie avec une voisine de village dont l'énergie permet au couple de vivre de confection à domicile. Quelques mois plus tard le décès inopiné de la mère de S. détermine une poussée d'angoisse, des phobies, de l'insomnie, des sensations cardio-respiratoires accrues. Ces phénomènes s'atténuent mais l'adaptation de S. demeure précaire, il travaille beaucoup moins que sa femme, fait les travaux du ménage. Cet équilibre est compromis par le départ définitif de sa femme.

Dans le service, S. reçoit une cure d'alimémazine (théralène) et de barbituriques. Il sort au bout d'un mois nettement amélioré. Sa gêne respiratoire s'est atténuée, il a retrouvé le sommeil et l'appétit. Le traitement médicamenteux est poursuivi en cure ambulatoire. Un soutien psychothérapeutique est prévu. Mais quand au bout de huit jours S. se présente à la consultation, son visage est défait, son attitude déprimée. Il sera suivi dorénavant au rythme de 3 fois puis 2 fois par semaine. La reprise du contact hospitalier, 50 mg. d'alimémazine et 50 ctgr de barbituriques, rendent une vie au dehors possible, mais précaire. Au cours des entrevues avec le malade, on aborde ses problèmes actuels, on lui laisse exprimer ses angoisses. Des tentatives de rêverie dirigée sont pratiquées, afin d'éclairer l'effort thérapeutique, mais elles s'avèrent vaines. Les images produites par le malade sont pauvres, difficiles à obtenir. Lorsqu'elles apparaissent c'est brièvement, sans émotion, accompagnées de rationalisations. Le malade retrouve surtout, dans ces contacts hospita-

liers intermittents, un sentiment de sécurité. A l'hôpital il se sent rassuré contre ses angoisses, contre lui-même. Si les rêveries dirigées ne sont pas possibles, paradoxalement la rêvasserie est habituelle, ses thèmes de compensation, de supériorité, de réussite permettent à S. d'échapper par instants à la solitude morale, aux angoisses. Le retour au réel qui lui succède est pénible. Cette rêvasserie envahit l'apragnatisme de S. qui passe ainsi des heures entières chez son père. La gêne respiratoire devient plus marquée, les phobies réapparaissent.

Au début du mois de Juin 1958, devant ces symptômes de tension affective permanente, on entreprend l'apprentissage de la relaxation. A la séance suivante, la transformation de S. est frappante. Il vient avec un visage heureux après une nuit d'un calme qu'il n'avait pas obtenu depuis de longs mois. Ces sentiments d'aise et de détente franchement neufs pour lui font exprimer à S. pour la première fois l'espoir d'une guérison. Au cours d'un des exercices de la veille, il a senti revenir l'automatisme harmonieux de sa respiration et ses muscles abdominaux se détendre. La séance faite en présence du médecin montre un sujet plus calme, S. obtient une impression de pesanteur moyenne au niveau du membre supérieur droit. Quelques jours plus tard, S. raconte avec la même satisfaction, avoir éprouvé une sensation de pesanteur généralisée à tout le corps et frappante dans son intensité, dans sa substitution au malaise, dans l'impression immédiate obtenue et l'aisance qui lui a fait suite. Cette pesanteur s'est accompagnée d'un vertige, "tout tournait", le corps et la tête semblaient se déplacer, en même temps qu'apparaissaient une impression de gonflement des membres et une "émotion" épigastrique. Ce vertige n'était pas accompagné d'angoisse, S. se sentait "tellement bien" qu'il n'a pas ouvert les yeux, ni changé de position pendant 3/4 d'heure. Ce vertige, ces impressions vivement émouvantes, S. les a déjà vécus : ils formaient la substance de ses cauchemars d'enfant vers 6 ou 7 ans. S. note que, depuis cette séance, il supporte mieux une certaine indépendance, il a pu sortir seul chaque jour, dormir seul la nuit sans la présence de son père jusqu'alors nécessaire. Au cours de la séance actuelle, S. sent la pesanteur dans l'avant-bras droit et évoque avec regret l'intensité des sensations vécues avec le vertige. Dans les jours suivants, apparaîtront des sensations de grossissement localisées au membre supérieur droit et au point de vue visuel la sensation de se trouver devant un espace vide, un "horizon noir éloigné". Il supporte ces sensations lorsqu'elles surviennent, elles s'accompagnent d'une détente profonde. S. se sent de plus en plus régulièrement mieux. On diminue les doses médicamenteuses.

Ces sentiments euphoriques se maintiendront deux semaines au cours desquelles S. fera chaque jour l'effort de quelques heures de travail chez un camarade. Dans la relaxation, il obtient soit des impressions vertigineuses inopinées

qui accompagnent une détente profonde, une automatisation agréable du rythme respiratoire et un relâchement de la contraction abdominale, soit des impressions de pesanteur plus localisées, lentement progressives (poignets, avant-bras, bras) soit simplement une impression de détente. Les sensations les plus nettes apparaissent seulement à la troisième reprise. S. reste plusieurs quarts d'heure dans cet état. Lorsqu'il se lève ensuite, il est porté par un dynamisme neuf, qui l'étonne heureusement lui-même. Le contrôle respiratoire s'atténue, sommeil et appétit suivent des courbes voisines. La quinzaine suivante voit le retour d'une certaine tension. S. poursuit son travail mais éprouve des difficultés à prendre le métro, il a peur de s'approcher du quai, "étouffe" ne supporte pas la foule. Une nouvelle amélioration ensuite se dessine. S. profite mieux de ses exercices, obtient régulièrement la pesanteur dans les deux bras, le soir. Il s'intéresse alors plus à la vie extérieure, ressent moins le besoin de l'hôpital. Il fait l'effort de revenir dans son logement personnel où l'attend la solitude. Le premier soir, il reste assis deux heures sur un banc, sans se décider à monter jusqu'à son 5ème étage, fixé par une angoisse phobique : il a peur de se sentir obligé de se jeter, une fois chez lui, par la fenêtre. Finalement sa résolution prend le dessus, il monte chez lui, barricade sa fenêtre de façon à ne pas céder à un acte impulsif qu'il imagine ne pouvoir contrôler. Il revient y coucher le lendemain, se sent rassuré par les préparatifs de la veille, ne ressent pas d'émotion phobique et peut dormir.

Son psychothérapeute parti en vacances, S. est laissé à ses propres forces, il conserve l'amélioration antérieure. Lorsqu'on le revoit la gêne respiratoire est encore présente. On lui conseille de se servir de la conscience qu'il a depuis l'âge de 12 ans, de ses battements cardiaques pour synchroniser les deux rythmes. C'est là sauter directement aux derniers exercices de SCHULTZ, mais grâce à ce "truc" une nouvelle étape semble franchie. S. contrôle parfaitement les deux sensations simultanément et réglant son rythme respiratoire, pendant les exercices de relaxation, sur le rythme cardiaque, il retrouve l'harmonisation de ses automatismes.

S. est adressé à un service de réadaptation (Dr. DIEGO) où il assurera un travail progressivement croissant et très régulier durant les mois suivants. Il y trouvera un cadre social et un climat moral adapté à la modestie actuelle de ses capacités sociales. On note une progression lente de la régularité et de l'intensité des sensations de pesanteur au cours des exercices de relaxation. S. retrouvant l'automatisme respiratoire, découvre au cours des exercices, puis à l'état de veille une tension de la paroi abdominale qui jusque là n'était pas dissociée du trouble respiratoire et dont il va rechercher l'atténuation. La périodicité des séances de contrôle est réduite à une entrevue par semaine, d'un commun accord, S. se libérant peu à peu de son besoin de dépendance hospitalière. Il parvient à modifier, à atténuer les tensions

qui apparaissent dans les situations que jusque là il supportait mal : foule, attente, endroits clos.

On utilise l'état de conscience et d'isolement propre à la relaxation pour obtenir, au cours des séances, des réviviscences mnésiques. Cette recherche anamnétique apporte au médecin d'intéressants détails sur le développement des troubles, semble avoir un effet stimulant sur le sujet lui-même et permet une meilleure compréhension de ses attitudes. Le sujet, après 5 séances de ce type - au début desquelles le contrôle de la relaxation n'est pas omis -, constate qu'il a renoué avec son passé par delà la période troublée récente et qu'il trouve dans ce fait, comme dans l'intérêt neuf qu'il se porte actuellement à lui-même, une aide psychologique. S. travaille régulièrement 8 heures par jour. Certaines semaines, il note plus de tension, d'autrefois, il est plus à son aise. La relaxation progresse lentement. S. régularise ses exercices. Il sait mieux lutter contre l'abandon à une ritualisation des exercices pour consacrer plus d'attention aux sensations et à leur développement. La pesanteur est obtenue régulièrement aux membres, elle atteint parfois la face. L'harmonisation respiratoire est obtenue à chaque exercice. La maîtrise de la méthode est incomplète encore mais ce qui est acquis le reste, et forme une base de sédation et de confiance en soi qui fait espérer un développement ultérieur satisfaisant de la cure.

Ce dernier cas apparaît, du point de vue psychiatrique, plus complexe que les précédents, il comporte une structuration morbide progressive dont on suit la chaîne pathologique jusqu'à l'enfance, les phobies actuelles étant d'apparition plus récente et coiffant bien d'autres perturbations. La faible efficacité des thérapeutiques jusque là entreprises, les modifications d'intensité du syndrome selon les événements de l'existence du sujet, l'âge de S. et les caractéristiques cliniques de ses troubles, tous ces faits réclamaient une tentative psychothérapeutique. Après une période où la sécurité hospitalière associée à la sédation médicamenteuse a joué un grand rôle, après une phase de tâtonnements où il est apparu impossible d'obtenir du sujet des rêveries dirigées un tant soit peu énouvantes, l'apprentissage de la relaxation apporte presque immédiatement un vécu et une énergie neufs au malade. Il a l'impression que l'on s'occupe enfin des troubles mêmes dont il souffre depuis l'enfance, il se sent sur une voie où ses efforts personnels de sédation de l'angoisse aboutissent à un résultat positif. La transformation frappante en une semaine témoigne de la valeur cruciale pour le malade de ces expériences nouvelles. La possibilité progressivement croissante de contrôler ses troubles, l'encouragement à l'action qu'il tire des séances personnelles ou en présence du médecin

l'intérêt d'une étude de soi, non morbide mais stimulante qu'il découvre dans la relaxation, tous ces faits sont pour le malade, comme pour le médecin, objectifs, compréhensibles, situés au-delà de toute suggestion, ils offrent à l'évolution un champ favorable.

Cependant, le déroulement de l'apprentissage suit des voies anarchiques. Des arrêts ou des régressions se dessinent. Peu des séances se ressemblent dans leur tonalité affective, les sensations sont diverses, les plus profondes surviennent de façon inopinée, comme des automatismes qu'il est difficile d'obtenir ou de faire céder volontairement. La tranquillité n'est souvent obtenue qu'après des séances anormalement prolongées. C'est ici qu'intervient le médecin, pour guider les efforts, pour atténuer le processus de ritualisation des exercices, pour insister sur les faits positifs qui permettront des progrès dans l'apprentissage.

Parmi les particularités cliniques intéressantes de l'observation de S. le trouble respiratoire occupe une place primordiale. Cette fonction dont le caractère automatique coexiste avec l'inconscience, chez le sujet normal, de son exercice, est au contraire chez S. soumise à une surveillance permanente depuis l'adolescence. Cette surveillance s'accompagne d'une conscience angoissée de son fonctionnement. Pour le malade cette conscience et les sensations pénibles qui l'accompagnent sont les témoins même de sa maladie. P. JANET a déjà décrit cette atteinte des automatismes physiologiques chez les névropathes (9b T.II p60): "La plupart des névropathes respirent mal : j'ai déjà eu l'occasion de publier de nombreuses observations portant sur divers troubles névropathiques de la respiration en rapport avec des paralysies ou des contractions de divers muscles et sur des tics respiratoires de toute espèce, des polypnées, des toux, des soupirs, des hoquets, des éructations, etc. Dans les cas où nous ne constatons pas de tels accidents précis, si on prend systématiquement le graphique de la respiration thoracique et abdominale chez des malades névropathes, on constate très souvent des respirations irrégulières, arythmiques, superficielles et une ventilation pulmonaire tout à fait insuffisante. On constate aussi des troubles anxieux portant sur le pouvoir de modifier volontairement la respiration, de l'accélérer, de la ralentir, de la changer au commandement".

"Le vague de nos connaissances sur le mécanisme de ces innombrables paralysies fonctionnelles rend en général le traitement par la rééducation plus difficile et aléatoire". (p.72) Cette éducation, cette rééducation, E. JACOBSON tentait de l'exercer au niveau même des muscles troublés, J.H. SCHULTZ a montré que par l'autohypnose

la régularisation de ces automatismes perturbés, leur réharmonisation durable était possible. Un écho de cet intérêt, pour le système musculaire tonique et pour le trouble que détermine l'entrée de certaines fonctions automatiques musculaires dans le champ de la conscience vigile, peut être trouvé dans l'oeuvre de W. REICH et sa description de la "cuirasse musculaire" chez le névropathe. Sans insister sur les théories trop systématiques peut être de cet auteur, nous rappellerons l'assimilation intéressante qu'il place au centre de son oeuvre entre cuirasse caractérielle et cuirasse musculaire et l'intérêt thérapeutique de telles observations cliniques (11 p258): "L'identité de la cuirasse caractérielle et de la cuirasse musculaire a un corollaire. Les attitudes caractérielles peuvent être dissoutes par la dissolution de la cuirasse musculaire, et inversement, les attitudes musculaires peuvent être dissoutes par la dissolution des particularités caractérielles". ... "Il n'est pas de névrosé qui ne laisse apparaître quelque tension dans l'abdomen... Retenir la respiration et contracter le diaphragme est un des premiers et des plus vieux mécanismes destinés à supprimer les sensations de plaisir dans l'abdomen autant qu'à surprendre l'angoisse à sa source. L'effet de ce mécanisme se double de l'effet de la pression abdominale elle-même. Tout le monde connaît ces sensations végétatives de l'abdomen, bien que chacun les décrive de façon différente. Les patients se plaignent d'une "pression" intolérable de l'estomac ou d'une ceinture qui les "serre"..."

Dans la sphère de la somesthésie notre malade nous offre aussi des faits intéressants. Il vit les expériences de relaxation les plus profondes, les plus émouvantes pour lui, et les plus efficaces sur ses troubles, lorsqu'apparaissent des phénomènes vertigineux, une impression d'élargissement des membres, ou de dislocation, les membres étant ressentis séparés du corps. Ces diverses expériences sont rattachées consciemment par lui à des expériences infantiles, dont le souvenir revient avec la réviviscence somesthésique. Des faits de ce genre sont, nous l'avons vu, signalés par J. H. SCHULTZ lui-même. Ils concordent avec tout ce que l'on sait déjà grâce à H. HEAD, à P. SCHILDER, à J. LHERMITTE (10) sur le schéma corporel ou l'image de notre corps. H. HECLAEN et J. de AJURIAGUERRA (6) en apportent un exemple fort proche du nôtre, lorsqu'ils évoquent les sensations vertigineuses que ressentent sur le divan de la psychanalyse certains sujets: "Citons ainsi cette expérience d'un de nos amis qui nous disait avoir éprouvé au cours des séances d'analyse des illusions de transformation corporelle très intenses, impression de tête et de mains énormes en particulier, illusions s'accompagnant de sensations de plaisir. La note vestibulaire se

manifestait par l'impression de se trouver dans une pièce de dimensions énormes dans laquelle il se sentait paradoxalement de taille infime malgré l'élargissement considérable de certaines parties de son corps". Il est intéressant de noter que, comme dans le cas de S., ces sensations ramenaient le sujet à sa vie psychique infantile.

La méthode de relaxation de SCHULTZ repose sur une "auto-décontraction concentrative". Elle réclame du sujet l'apprentissage d'un "enfouissement en des sensations cénesthésiques".

1°) Le fait que, par cette méthode, le sujet normal puisse aboutir à des perceptions somatiques habituellement absentes de sa conscience vigile est une donnée psychologique neuve. Le retrait du sujet du monde extérieur au cours de la séance s'accompagne de l'apparition d'un vécu cénesthésique intérieur et d'une conscience attentive à ces sensations, "captive" si l'on veut, mais par le vouloir même du sujet. Il est ainsi aisé de démontrer que l'Autogene Training se situe parmi les méthodes d'induction psychologique et de direction des états hypnagogiques.

2°) L'apprentissage du sujet névrotique est plus dysharmonieux. Grâce au médecin, son guide, le sujet névrotique peut cependant corriger progressivement et dépasser les difficultés habituelles de son apprentissage. Les possibilités de guérison et l'activité du malade en ce sens se trouvent favorisées et encouragées par une sédation de l'angoisse simultanée à la progression de la relaxation.

3°) Cette sédation élective de certains désordres névrotiques, en particulier toniques et neurovégétatifs, présente non seulement un intérêt pratique et thérapeutique mais pose un problème théorique crucial. L'action de l'Autogene Training ne se limite pas à un effacement mécanique des tensions affectives mais est riche de retentissements lointains et restructurants sur le comportement. Cette richesse pour la personnalité des découvertes cénesthésiques paraît un fait neuf et remarquable dans le domaine de la psychopathologie et semble plus généralement démontrer l'intérêt de l'hypnagogie dans la thérapeutique des états névrotiques.

IIIeme P A R T I E

- : -

LES ETATS HYPNAGOGIQUES INDUITS ET DIRIGES ET L'IMAGINAIRE :

L'imagerie hypnotique et toxique
Les états hypnagogiques imagés dans le Rêve éveillé
dirigé de R. DESOILLE et dans le cadre de l'Autogène
Training.

se développer toute la pratique et la théorie freudienne. Dans le même ouvrage FREUD décrit le phénomène de régression de la pensée dans cet état psychologique, où la réalisation hallucinatoire des désirs tient une place prédominante. Cette régression est caractérisée, sur un plan structural, par le travail du "processus primaire", processus psychique archaïque utilisant la condensation, le déplacement, la figuration concrète et dramatisée, et transformant ainsi en images oniriques des stimuli somatiques, mnésiques, de la vie récente de veille, ou d'origine infantile. Les formes oniriques traduisent ces éléments tout irrationnels qui émergent de la vie affective de l'enfance et qui sont marqués par les caractéristiques alogiques et asociales de cette période de l'existence. Ces impulsions primitives - qu'elles apparaissent dans le rêve ou dans le symptôme névrotique - sont reliées par FREUD à la libido sexuelle et se rattachent à des expériences infantiles, désirs incestueux, curiosité sexuelle, crainte de la castration.

Dans une perspective plus large, comparant les éléments du rêve, non seulement à ceux de la pensée infantile asociale, mais aussi aux créations mythologiques des cultures passées ou à celles de la fable et du conte, C.G. JUNG conçoit la libido comme l'énergie psychique dans son ensemble, comme susceptible de se mouler, à un niveau inconscient en des formes éternelles, imageantes, les archétypes. Ainsi tous les rêves ne sont-ils pas l'expression de désirs infantiles plus ou moins sexuels, certains au contraire ont une valeur pour l'"individuation" et l'activité psychologique de sublimation. Avec FREUD, JUNG reconnaît que la "fonction compensatrice" ou "rétrospective" du rêve, satisfaction d'un désir passé, intervient habituellement, mais il montre qu'existe une seconde fonction dite "prospective". Lorsque cette fonction s'exprime le rêve offre une solution à des problèmes personnels. (4 pp 241-242).

Ces rêves archétypiques sont rares ou rarement mémorisés, ce fait gêne l'étude des formations symboliques et la confirmation de leur valeur sur le plan personnel. Conscient de ces difficultés, H. SILBERER (5) a développé une méthode d'introspection susceptible d'aboutir à la création et à l'observation d'éléments symboliques, qui auraient cette valeur "prospective" que décrit JUNG, et non pas seulement les traits d'une formation régressive : "L'origine de mes observations peut être brièvement racontée. Un après-midi (après le déjeuner) j'étais étendu sur mon lit. Bien que proche de l'endormissement, je m'efforçais de penser à un problème de philosophie, à savoir comparer les vues de KANT et de SCHOPENHAUER sur le temps. Dans mon assoupissement,

j'étais incapable de maintenir leurs idées côte à côte. Après plusieurs tentatives infructueuses, je fixai une fois de plus la thèse de KANT dans mon esprit aussi fermement que je le pouvais et je tournai mon attention vers SCHOPENHAUER. Mais quand il s'agit de revenir à KANT, sa thèse était partie une fois de plus, et impossible à retrouver. L'effort vain de retrouver la pensée de KANT déplacée quelque part en mon esprit, n'est soudainement, lui-même, représenté - tandis que j'étais couché les yeux fermés, et comme dans un rêve - sous la forme d'un symbole perceptif : je suis en train de demander un renseignement à un secrétaire morose ; il est penché sur son bureau et ne s'intéresse absolument pas à moi ; il lève les yeux un instant pour m'adresser un regard hostile" (5 pp. 195-196). H. SILBERER est frappé par la vivacité de la scène et par la justesse de la traduction imagée de la situation. Il note ses conditions d'apparition : la simultanéité de l'assoupissement et d'un effort de pensée : "La prédominance du premier état doit conduire au sommeil, la prédominance du second à l'organisation de la pensée normale. Le phénomène "autosymbolique" survient seulement dans un état intermédiaire entre le sommeil et la veille, c'est-à-dire dans l'état hypnagogique, dans le crépuscule entre sommeil et veille". (5 p. 196) En partant du contenu exprimé symboliquement H. SILBERER distingue trois types de "phénomènes autosymboliques". Le premier offre la représentation imagée d'un contenu de pensée. L'auteur réfléchit par exemple à la nature des jugements "transsubjectifs", valables pour tout individu. Il perçoit alors un grand cercle ou une sphère dans l'air, où se joignent les têtes d'un grand nombre d'individus, alors que les corps se trouvent au dehors, écartés. L'image traduit bien l'union des pensées, substance de l'idée abstraite initiale. Un second type de représentations autosymboliques présente des rapports avec le mode de fonctionnement de la conscience : rapide, lent, fructueux, gai ou tendu etc... La première expérience de H. SILBERER en est un exemple. Un troisième type traduit des phénomènes somatiques, représentations de sensations externes ou internes, de stimuli divers. A partir d'expériences ainsi conduites, H. SILBERER est amené à reconnaître avec FREUD qu'un déficit de la conscience, tel qu'on l'observe dans l'endormissement, est indiscutablement nécessaire à la figuration symbolique. Mais, avec JUNG, il insiste sur le fait que cet état de conscience de la création symbolique comporte un facteur positif, l'émergence d'une signification, que celle-ci peut posséder une valeur "prospective", être une expression utile sur un plan personnel, obscure encore, mais non définitivement : "Si l'aspect intellectuel de l'appareil psychique est défini par sa capacité utile à acquérir des connaissances, alors la pensée symbolique apparaît certainement comme prospective. Dans le déroulement du développement de l'intelligence, le mécanisme

de formation symbolique comporte une compréhension de ce qui n'est pas encore compréhensible" (5 p. 233).

Ainsi dans l'analyse du sens des rêves, selon E. FROMM, s'affrontent trois théories : "La première - la thèse de FREUD - affirme que tous les rêves sont l'expression de la nature irrationnelle et asociale de l'homme. La seconde - la thèse de JUNG - postule que les rêves sont les révélations d'une sagesse inconsciente, transcendante à l'individu. Quand à la troisième, elle soutient que les rêves traduisent toutes les formes possibles d'activité mentale, exprimant aussi bien les forces irrationnelles qui nous habitent que la raison et la moralité, exprimant ce qui, de nous, est le pire aussi bien que le meilleur" (3 p.89).

L'exposé suivant voudrait montrer le développement que l'état hypnagogique, intuitivement choisi par H. SILBERER, peut apporter aux problèmes théoriques et pratiques de la compréhension et de l'utilisation du processus de symbolisation. Un bref détour par les hallucinations d'origine hypnotique ou toxique nous a paru s'imposer auparavant. Il doit permettre de mieux situer l'intérêt de la méthode du rêve éveillé dirigé de R. DESOILLE comme celui des enrichissements imagés des méthodes de relaxation.

L'Imagerie dans l'hypnose.

L'hypnose fondée d'abord sur l'exploration des amnésies névrotiques ou sur l'emploi de la contre-suggestion face aux symptômes hystériques, auxquels les oeuvres de FREUD et BREUER, de JANET ont donné leur plein développement, a bénéficié plus récemment de nouvelles applications dans les pays anglo-saxons. On a tenté de fonder sur des bases rationnelles, l'induction de l'hypnose, de préciser l'état physiologique qui la sous-tend, d'utiliser le matériel psychologique qu'elle permet d'obtenir.

L'étude de la physiologie de la transe hystérique se heurte à une intrication complexe de phénomènes psychologiques et physiologiques. La "profondeur" de la transe, notion valable sur un plan psychologique, ne comporte pas cependant de quotation physiologique parallèle (3). On peut dire tout au plus que l'hypnose, n'est pas le sommeil, mais non plus l'état d'éveil, que sa physiologie rappelle celle de l'état d'endormissement (2). Les descriptions des degrés de la profondeur de l'hypnose demeurent donc psychomotrices ou psychologiques. D'ailleurs, grâce aux moyens d'induction employés, stimulus sensoriel monotone, fixation, l'entrée dans la transe perd beaucoup de son caractère mystérieux et pathologique (3). Tout individu est susceptible, dans des conditions expérimentales de ce type, d'atteindre un état d'hypnose plus ou moins profond. Des procédés comme la mise en présence réelle ou imaginaire d'une boule de cristal ou d'un miroir, l'écriture automatique, ou la visualisation de celle-ci sur un tableau noir imaginaire (5,11), sont habituellement utilisés pour obtenir un matériel psychologique imagé où le rôle de la suggestion se limite de plus en plus. Le "rapport" hypnotiseur-hypnotisé se modifie, dans ces tentatives récentes. L'investigation diagnostique et l'influence thérapeutique bénéficient avant tout de la liberté d'expression laissée au patient.

Ainsi se fondent de nouvelles études de l'état hypnotique. Plusieurs variables le distinguent de l'état de veille (2). 1°) Le type de processus mental en cause dans l'état d'hypnose profonde se caractérise par la prédominance du "processus primaire" freudien, fréquente émergence d'une imagerie visuelle symbolique, alogique, extratemporelle, assez proche du matériel du rêve. 2°) Il existe une plus grande facilité d'expression d'émotions habituellement contrôlées. 3°) On note un type de conscience du corps original, où des sensations cénesthésiques neuves jouent un grand rôle. 4°) L'attention est toute dirigée vers les perceptions intérieures de l'individu, ne respectant que le lien extérieur

avec le thérapeute. Ces rapprochements entre le matériel hypnotique et le matériel onirique devaient aboutir à l'étude des "rêves expérimentaux" hypnotiques. Cette voie avait déjà d'ailleurs été ouverte au début du siècle par quelques auteurs freudiens allemands.

Ce que H. SILBERER tentait sur lui-même - la recherche d'un matériel symbolique et l'examen du processus de symbolisation - l'hypnose a permis à K. SCHROETTER de l'obtenir chez autrui grâce à la mise au point d'une méthode de "rêves expérimentaux" : "Dans ces expériences, les sujets furent conduits à un état de sommeil hypnotique profond qui, comme nous le savons, est caractérisé par l'inconscience et suivi d'une amnésie. Dans cet état, je leur donnais des suggestions de rêve ; 4 à 5 minutes après celles-ci, ils commençaient spontanément à rêver. Suivant mes instructions, les sujets indiquaient le commencement et la fin du rêve par signes ; ainsi la durée du rêve pouvait-elle être exactement mesurée. Dans une autre série d'expériences le rêve prend place pendant la nuit qui succède à la suggestion. Dans ces cas j'avais donné aux sujets la suggestion post-hypnotique de m'écrire le rêve au lever" (12). Dans un premier groupe d'expériences, l'auteur donne des suggestions hétéroclites qui mêlent des noms de personnes connues du sujet et divers objets ou bien des stimuli de ce type : "Dans la première partie de votre rêve tout sera anormalement petit, dans la seconde partie, tout sera anormalement grand". Dans un second groupe, "fondé sur la théorie freudienne", l'auteur propose aux sujets des situations sexuelles ou de satisfaction instinctuelle diverses. Dans tous ces cas, il obtient des rêves et observe les processus de structuration ou de transformation imagée. G. ROFFENSTEIN reprenant plus tard (10) ces mêmes expériences aboutit à des résultats identiques, malgré les résistances initiales des sujets, même sous hypnose, à accepter les situations proposées, crûment sexuelles, rapports homosexuels, viols. Ces expériences se plient à un arbitraire théorique un peu excessif et d'ailleurs n'ont que peu d'écho en leur temps. M. NACHMANSOHN (9) les développera sous la forme d'une comparaison inter-individuelle. Offrant à plusieurs hypnotisés des stimuli identiques, il montrera que les contenus des rêves provoqués, variables d'un individu à l'autre, ont des rapports étroits avec la personnalité de chacun d'entre eux. Cette dernière étude moins artificielle, ne demeure pas moins marquée par cette opinion à priori que toute image utilisée comme symbole comporte finalement une signification sexuelle.

Les stimuli de rêve utilisés se diversifient progressivement. L.H. FARBER et C. FISCHER (6) par exemple, se servent de suggestions de thème sexuel, situations de rapports sexuels, de grossesse, d'énurésie,

de masturbation et d'homosexualité, mais aussi de suggestions non sexuelles, comportant des expériences d'agressivité, d'hostilité, de compétition sociale, de triomphe, etc... Une jeune fille, par exemple, reçoit sous hypnose le stimulus d'une situation dans laquelle elle est faussement accusée d'avoir copié sur une voisine et où elle ne peut faire la preuve de son innocence. Le sujet, aussitôt après, rêve qu'un dentiste essaie de lui arracher une dent, elle proteste, très effrayée, car elle se rend compte que l'anesthésique n'a pas été tiré du bon flacon. De même, on suggère à un jeune homme qu'il possède un rival dans sa classe de géologie et que celui-ci réussit mieux parce qu'il accepte de flatter le professeur. Le sujet rêve alors : "La classe se promène dans un champ, nous nous dirigeons vers une carrière et je commence à tailler avec mon marteau. Un morceau de pierre jaillit et frappe l'autre garçon à la face, le coupant, ce qui me réjouit". Ces exemples indiquent, écrivent les auteurs, combien diverses sont les expériences humaines que peuvent inclure les symboles des rêves : "Ainsi l'ablation d'une dent peut représenter non seulement la castration et la naissance mais aussi une situation d'infériorité sociale ; l'attaque avec le marteau peut représenter non seulement une attaque homosexuelle mais aussi une rivalité scolaire".

Dans le matériel symbolique apparaît donc une diversité de significations qui déborde les interprétations freudiennes classiques. De même on peut y observer des différences qualitatives et structurales correspondant à la profondeur de l'état hypnotique. M. BRENNAN (1) distingue les réminiscences de la veille, les "images statiques", les "quasi-allégories", les "quasi-rêves", les "quasi-cauchemars". Une observation clinique de cet auteur apporte l'exemple de la succession de ces divers types d'images chez un même sujet. Il s'agit d'un jeune chirurgien, morphinomane. Sous état hypnotique, à une première suggestion : "Maintenant vous allez avoir un rêve !" il répond par la description d'une intervention chirurgicale difficile, de ses difficultés et de ses gestes. Il s'agit d'une réminiscence. A une séance ultérieure, une même suggestion détermine la reviviscence, émotionnellement intense, de la naissance de son fils, qui n'a pas respiré spontanément. Au cours de cette scène, il crie : "Respire garçon, tu dois respirer, je vais t'aider, tu respirez !" et il fait le geste d'aspirer, sa bouche contre la bouche de l'enfant, les mucosités qui gênent celui-ci. Ses larmes coulent et finalement, il annonce que l'enfant respire. Il s'agit ici d'un quasi-cauchemar. Plus tard, à un même stimulus répond une création plus franchement symbolique : "Je m'endors et un monstre terrible survient (voix tendue). Je ne peux pas respirer, il m'attaque, il m'écrase la poitrine, il est énorme et possède d'innombrables bras". Puis tout d'un coup le sujet s'écrie : "Je désire le frapper ! Je veux le frapper ! Est-ce que je peux le frapper ?" Sur une réponse affirmative, il lance ses bras en l'air et, dans cet état d'excitation, il tombe du lit et s'éveille.

Le sujet est, dans ces méthodes, conduit à l'expression de faits personnels émouvants soit sous la forme de réminiscences, soit sous celle, qui se rapproche plus nettement du rêve, de créations symboliques. Quelle va être l'attitude du médecin face à ces éléments ? Comment pourra-t-il les intégrer dans une évolution psychothérapeutique ? Ici de nombreuses divergences apparaissent parmi les auteurs contemporains, selon leur obédience plus ou moins stricte à une pensée freudienne, selon le rôle qu'ils font jouer à l'intervention du médecin, selon finalement leur conception des névroses. Cependant, une direction générale d'utilisation de l'état hypnotique et de son imagerie se dessine. Elle semble se plier aux caractéristiques du matériel obtenu et de l'état du sujet, bien différents de ce qu'ils sont dans la pratique psychanalytique classique.

M.H. ERICKSON est certainement l'un de ces auteurs qui ont une conscience aiguë de la spécificité de ces éléments. On lui doit plusieurs découvertes originales dans ce domaine. Il montre (4), par exemple, l'importance de la phase initiale, phase d'induction de la transe. Elle doit être présentée au sujet comme l'apprentissage de possibilités ignorées en lui et faire appel à des procédés à la fois conscients et inconscients. Ainsi le sujet s'entraîne à présenter, face au médecin, des hallucinations hypnotiques, visuelles et auditives, à suivre les suggestions post-hypnotiques et à rêver sur commande. Cet apprentissage améliore sa capacité à recevoir l'aide psychothérapeutique. L'état de transe hypnotique doit être considéré comme un fait psychologique normal où le sujet n'aliène pas totalement sa personnalité. Son comportement est modifié par la transe, mais non ses expériences vitales et l'opinion qui considère le psychothérapeute comme miraculeusement puissant est contredite par les faits, "elle ignore que le traitement résulte d'une resynthèse profonde du comportement du patient, déterminée par le patient lui-même". La rééducation se fait nécessairement dans la direction des expériences vitales du malade. Elle doit être centrée sur le présent et l'avenir (5). L'hypnose joue à la fois sur le tableau de l'inconscience protectrice contre l'angoisse et sur celui du conscient où doit se dérouler le processus de resynthèse.

De même L.W. WOLBERG montre que si la névrose tire ses racines d'habitudes caractérogéniques anciennes et non harmonisées à l'existence adulte, le psychothérapeute doit être conscient du danger d'un retour au passé, son rôle devenant alors trop prédominant dans la situation : "L'une des forces les plus importantes qui aident le malade dans la prise de conscience concluante est la participation active au processus de rééducation" (13 p. 243) "L'hypnose possède une remarquable influence sur ces résistances qui se rattachent à la répression des souvenirs et des expériences traumatiques" (13 p. 163), mais il ne faut pas surestimer le caractère thérapeutique de la catharsis, comme le faisait BREUER, c'est grâce à une oscillation perpétuelle entre les éruptions imagées ou motrices de matériel passé et la compréhension consciente favorisée par les interprétations du

thérapeute que progresse la cure.

Ces développements des études et tentatives thérapeutiques hypnotiques entraînent avec eux toute une série de problèmes non éclaircis : parallélisme psychophysologique de la transe, caractère irrationnel du "rapport" hypnotique, emploi de la suggestion dont l'amnésie est une des conséquences obscures. Cependant, certains chercheurs, dont les essais thérapeutiques ont souvent été fructueux, suivent une orientation originale, en insistant sur certains points :

1°) Induction de la transe hypnotique, considérée comme un état de demi-sommeil, par des stimuli sensoriels ou au cours d'un apprentissage où interviennent des facteurs conscients.

2°) Recherche de l'expression par le sujet d'un matériel psychologique individuel, par la reviviscence du passé mais aussi par une imagerie neuve dont le symbolisme atténue l'apparition angoissante.

3°) Nécessité d'une prise de conscience, face à ce matériel en un effort de retour sur soi du sujet.

L'emploi psychothérapeutique des substances
hallucinogènes

Parmi les nombreux auteurs qui ont étudié l'influence psychologique et physiologique des substances hallucinogènes, quelques-uns se sont penchés sur la signification pour le sujet de ces expériences oniriques toxiques et sur les relations entre l'imagerie cénesthésique et sensorielle et la personnalité du sujet. Cette attitude devra être à la base de toute "oniro-analyse", selon le terme de J. DELAY (4). Le caractère signifiant de l'expérience vécue par le sujet apparaît de façon frappante, en dehors de toute analyse, dans l'implication directe de la personne du médecin ou de l'entourage, au cours de l'expérience onirique, dans la substance même des hallucinations (5). Il est évident qu'une étude de l'imagerie hypnagogique induite et dirigée ne saurait négliger d'aborder ces voies ouvertes à l'expression d'un riche matériel symbolique ni d'éviter l'évocation rapide de celles de ces tentatives qui obtiennent les résultats les plus fructueux ou les mieux compréhensibles, sur un plan psychologique.

C. SAVAGE (11) utilise des doses moyennes de L.S.D.-25 (20 à 100 gamma par jour) pendant un mois dans des "états dépressifs". Les résultats ne sont pas sensiblement différents de ceux obtenus avec d'"autres substances chimiques", mais le L.S.D.-25 se révèle "un appoint puissant dans l'exploration de la personnalité lors de l'analyse des hallucinations qu'il produit". J.P. CATTEL (3) emploie la mescaline chez 59 schizophrènes. Les résultats les plus nets s'observent dans les formes pseudo-névrotiques, la drogue facilite l'abord de ces sujets, "abaisse les défenses du Moi". Les hallucinations apportent "des scènes qui semblent spécifiques de la personnalité du malade" et un matériel qui était réprimé jusque là. Mais cette libération est accompagnée d'une recrudescence de l'anxiété, d'une réactivation de l'hostilité du sujet à l'égard de l'ambiance, l'abord psychothérapeutique est finalement rendu plus difficile encore. H.C.B. DEMBER et S. MERLIS (6) obtiendraient avec la même substance des résultats plus satisfaisants, mais peu explicités. H.A. ABRAMSON (1) apporte des faits plus précis. Le L.S.D.-25 est employé par cet auteur au cours de psychothérapies brèves, en cures ambulatoires, chez des sujets "non psychotiques". Pour cet auteur, si la drogue détermine une "dépression du moi" elle peut être aussi utilisée, surtout grâce aux petites doses, pour un "renforcement du moi". Associés à une psychothérapie, ces petites doses permettent une coopération consciente de la part du sujet, une mémorisation excellente des événements et des idées vécues au cours des entrevues psychothérapeutiques. Certaines de ses séances comportent des expériences oniriques "manifestant l'inconscience du sujet" et base du travail analytique. Celui-ci cependant ne progresse que parallèlement à un "processus d'intégration" lentement développé par une domination des situations oniriques angoissantes qu'expriment elles-mêmes les images dans leur déroulement. Avec des doses de 20 à 40 gammas (2), doses mineures, et grâce à la présence du psychothérapeute, les sujets soumis à l'expérience de façon répétée traver-

-sent des situations effrayantes dans lesquelles ils sont constamment rassurés par leurs propres succès, par le fait qu'ils assument le stress psychologique expérimental. La dépression du moi déterminée par la drogue est bien équilibrée par le renforcement du moi qui subsiste en tant qu'une leçon acquise par le moi.

Des études, conduites par R.A. SANDISON, A.M. SPENCER et J.D.A. WHITELAW (9) et par R.A. SANDISON (8, 11) sur 36, puis 90 malades psychonévrotiques, montrent des résultats intéressants et clairement interprétés, obtenus avec des doses moyennes ou faibles de L.S.D.-25. Pour ces auteurs, les images en elles-mêmes ont moins de valeur que le sentiment qui les accompagne. Le malade, sous la conduite du médecin, est amené à concentrer son attention sur chaque image telle qu'elle apparaît et à la suivre jusqu'à son aboutissement. En dehors de certaines impressions que SANDISON attribue à l'effet toxique spécifique de la drogue, cet auteur décrit plusieurs types d'expériences vécues, "impressions où se manifeste l'inconscient du sujet". 1^o) Il s'agit d'abord des expériences hallucinatoires impliquant des mécanismes inconscients habituels: identification, projection. Le malade suppose par exemple que le médecin est son père, l'infirmière sa mère. Il voit se dérouler entre eux des scènes de dispute, d'affection. Il réalise de façon pleinement consciente certains éléments de ses relations avec ses parents, dans ces scènes qui peuvent être reconnues comme souvenirs personnels. 2^o) La reviviscence des souvenirs refoulés est habituelle. Elle comporte une expérience imagée totale; par exemple des souvenirs d'enfance apparaissent, associés à une modification de l'image du corps. Le schéma corporel se plie à la scène du passé: une malade âgée de 29 ans devient ainsi un enfant de 5 à 6 ans, elle sent ses vêtements trop grands, trouve la main du médecin qui prend la sienne très large, comme celle d'un adulte serrant sa main d'enfant; elle revit en même temps une scène psychologiquement traumatisante qui s'est déroulée à l'âge de 6 ans. 3^o) L'auteur, psychanalyste de l'école de JUNG, note enfin avec intérêt la fréquente apparition d'images archétypiques; telle la vision d'un serpent ou d'une araignée, énormes, menaçants, dont la présence se prolonge pendant plusieurs séances et contre lesquels les sujets engagent une lutte angoissante, avec le soutien du médecin; ou encore la vision d'une immense roue couverte de centaines d'humains, elle symbolise la vie, dit le sujet et "certains se trouvaient au sommet, confiants, d'autres étaient bousculés mais luttait encore pour conserver la vie. J'étais moi-même parmi ceux-ci, certains ne pouvaient saisir la vie et mourraient écrasés par la roue"; enfin, des expériences symbolisées de naissance ou de renaissance. Ces symboles s'inscrivent certes dans une perspective humaine collective, archétypique, mais ils sont perçus par le sujet comme des créations personnelles, accompagnées d'une émotion d'intime coïncidence entre la représentation imagée et les problèmes conflictuels que l'image éclaire, et dont elle perpétuera, sur un plan conscient et durablement, la découverte. 4^o) Ces prises de conscience demandées au malade sont

enfin, facilitées par un dernier caractère de l'action psychologique de la drogue, le "détachement de la conscience de soi", avec impression de dédoublement, de dépersonnalisation des scènes imaginées, se combinant avec d'autres phases où le sujet se sent en pleine fusion avec l'onirisme toxique.

De tels résultats sont obtenus grâce à une préparation soigneuse du malade à l'expérience toxique, à une prise de contact préalable, par des subnarcoses barbituriques le plus souvent, à la conduite en équipe du traitement, à l'emploi de doses faibles au début et augmentées par tâtonnements jusqu'à obtention de l'état psychologique ci-dessus décrit. Toutes ces précautions paraissent aux auteurs indispensables dans la mesure où, pour eux, le traitement n'est pas considéré comme d'action biologique mais comme avant tout psychologique. Sa durée peut couvrir un an, au rythme d'une séance par semaine.

W. FREDERKING (7) confirme l'intérêt psychothérapeutique de l'utilisation des substances hallucinogènes sur un mode semblable de respect de la vigilance du malade. Cet auteur, dont nous évoquerons plus bas les travaux, a substitué l'expérience hallucinatoire toxique à l'état hypnagogique qu'il induit habituellement et dirige grâce à une méthode de "relaxation profonde avec idéation libre", état hypnagogique où apparaissent chez certains sujets des images de type onirique, mais que certains névrotiques ne peuvent pas atteindre. Il utilise alors des doses mineures de mescaline ou de L.S.D.-25. Les problèmes conflictuels essentiels du patient lui sont présentés dans l'état d'intoxication de la même façon qu'ils le sont dans ses rêves. Ceci de deux façons : chez certains, les souvenirs d'enfance dominent, très anciens et d'un contenu émotionnel violent; à l'opposé, chez d'autres, des situations existentielles de leur histoire psychopathologique leur sont présentées en des symboles rappelant ceux du rêve; le caractère mineur des doses médicamenteuses employées permet au sujet un contrôle de ses perceptions imaginées, à l'apparition même desquelles il peut résister.

Dans ces derniers travaux, apparemment les plus fructueux, les possibilités thérapeutiques apparaissent en rapport direct avec la conservation de la conscience et avec un matériel imagé significatif mais qui ne la submerge pas. W. FREDERKING nous montre la proximité de cette expérience vécue et de l'état hypnagogique imagé que permet d'obtenir un apprentissage dirigé de la relaxation.

Pas plus que la transe hypnotique ou que les expériences pathogènes d'isolement sensoriel, pas plus que les états oniriques de la pathologie psychiatrique, ces phénomènes hallucinatoires toxiques ne peuvent entrer directement et totalement dans le cadre d'une étude des états hypnagogiques. Il nous a paru nécessaire cependant de grouper ici une série de faits évocateurs dont la connaissance nous semble confirmer l'intérêt d'une étude des états hypnagogiques.

Cette introduction se justifie dans la mesure où le

degré de proximité des états psychologiques ainsi induits avec ceux que recherche le rêve éveillé dirigé apparaît manifeste.

On trouvera identiquement mêlées dans ce dernier les images de souvenirs de la veille, d'expériences affectives anciennes, de néoformations de type onirique et d'un symbolisme archaïque. Ces éléments apporteront le substrat concret, objectif de tentatives thérapeutiques originales.

D'autres concordances peuvent être encore évoquées, la plus importante nous paraît résider dans la similitude des caractéristiques structurales de la conscience, nécessaires à l'effort psychothérapeutique. Lorsque le thérapeute, au cours de l'expérience toxique, parvient à éviter la submersion de la conscience par le matériel hallucinatoire, ou lorsque l'hypnotiseur offre à son sujet des possibilités d'expressions suffisantes pour que la conscience vigile l'emporte sur le processus amnésique, le matériel imagé que déterminent ces deux méthodes peut être fructueusement utilisé dans une tentative lente mais sûre de restructuration psychologique. Nous retrouvons alors les caractéristiques fondamentales de l'état hypnagogique du Rêve éveillé dirigé de R. DESOILLE : révélation d'une imagerie intérieure, conservation de la vigilance, intervention du psychothérapeute limitée à un rôle de guide.

Le Rêve éveillé dirigé de R. DESOILLE.

En 1923, R. DESOILLE assiste auprès d'un occultiste, E. CASLANT, à une scène qui lui laisse une impression profonde (7 p.19). E. CASLANT fait allonger le sujet de l'expérience psychologique qu'il conduit puis avec son aide, le sujet, les yeux fermés et détendu, raconte un voyage imaginaire au milieu d'un monde surtout aérien, étonnant, un peu magique, dont les images ont une spontanéité émouvante d'apparition. L'occultiste, E. CASLANT pensait ainsi développer les "facultés supranormales" de ses sujets, R. DESOILLE sentit tout l'intérêt de cette méthode pour l'étude de facultés psychologiques très normales : "Un certain nombre des matériaux de cette fabulation appartiennent évidemment au sujet lui-même, mais quel est le facteur qui préside à leur apparition dans le champ de la conscience ? D'autres matériaux paraissent tout nouveaux au sujet lui-même ; lui appartiennent-ils aussi, ou sont-ils suggérés ? Ces questions nous ramenaient à l'étude des modalités de la suggestion et à celle d'un symbolisme universel que les psychanalystes ont été les premiers à étudier en partant de l'expérience". (7 p.24) A ces questions, le premier livre de R. DESOILLE, "Exploration de l'affectivité subconsciente par la Méthode du Rêve éveillé", devait répondre. Il montre que, sans suggestions détaillées, chez des sujets proches de la normalité psychologique, il est possible de retrouver facilement cette fabulation imagée et qu'il s'agit là d'un mode neuf et passionnant d'exploration de la personnalité ; les possibilités créatrices de l'imagination se révèlent dans ces découvertes, étonnantes pour le sujet lui-même, des formes et des situations symboliques de la fable, du folklore, du mythe. Face à ce fait, R. DESOILLE rappelle les travaux de C.G. JUNG et sa description d'un "Inconscient collectif", substrat, pour cet auteur, des récits et descriptions symboliques des mythes et des légendes. C.G. JUNG a montré que ces manifestations de l'imagination humaine ne se réduisent pas à des éléments "regressifs", négatifs, mais se retrouvent dans certains rêves, comportent une valeur "prospective", restructurante pour la personnalité du sujet qui, avec l'aide du psychothérapeute veut bien se pencher sur eux. Chez les sujets normaux qu'il a tout d'abord étudié, R. DESOILLE montre que ces images archaïques comportaient des potentialités psychagogiques et éducatives, et la possibilité d'"acquisitions psychologiques" neuves, selon le terme de JANET ou de "sublimation" selon celui de FREUD. Ayant découvert avec E. CASLANT l'intérêt pour le déroulement du rêve éveillé du voyage imaginaire et de son orientation dans la dimension verticale, R. DESOILLE développe son expérience en ce sens, abordant directement un point original de l'effort psychothérapeutique, la pratique de la sublimation

la conduite du sujet à la réharmonisation de ses possibilités. Dans son "Essai sur l'imagination du mouvement", L'Air et les Songes, G. BACHELARD écrit : "Depuis plus de vingt ans, Robert DESOILLE a travaillé à une psychologie du rêve éveillé ou plus exactement à une méthodologie de la rêverie dirigée qui constitue une véritable propédeutique à la Psychologie ascensionnelle. Au fond la méthode de Robert DESOILLE est moins une enquête qu'une technique médicale psychiatrique. Par la rêverie ascensionnelle, elle vise à donner une issue à des psychismes bloqués, à donner un destin heureux à des sentiments confus et inefficaces". (1 p.129) Plus loin, G. BACHELARD écrit encore : "L'imagination se désigne comme une activité directe, immédiate, unitaire. C'est la faculté où l'être psychique a le plus d'unité et surtout où il tient vraiment le principe de son unité. En particulier, l'imagination domine la vie sentimentale. Nous croyons, pour notre part, que la vie sentimentale a une véritable faim d'images. Un sentiment est animé par un groupe d'images sentimentales, ces images sont normatives, elles veulent fonder une vie morale" (1 p.134) et : "Le fait de proposer des images de liberté plutôt que des conseils à la libre imagination du sujet correspond encore un principe que nous devons souligner : DESOILLE écarte la suggestion hypnotique. En ce faisant, il est d'accord avec le principe fondamental de sa méthode. En effet, il s'agit de provoquer une sublimation autonome qui soit une véritable éducation de l'imagination. Il faut donc écarter l'hypnotisme qui s'accompagne le plus souvent d'amnésie et qui, de ce fait, ne saurait être éducatif. Et là encore éclate une divergence de la psychanalyse classique et de la psychosynthèse de DESOILLE. La méthode de DESOILLE est essentiellement une sublimation claire, consciente et active. Dans la mise au repos de l'âme du sujet, DESOILLE réclame sans doute une attitude passive pour que le sujet ne se détourne pas de l'image initiale si simple qui va lui être présentée. Mais DESOILLE souligne bien que cette attention passive n'a rien de commun avec l'état de crédulité de l'hypnose (7 p. 37), "état incompatible avec la conservation d'un esprit sain" (1 p.135).

Dans ses ouvrages ultérieurs, R. DESOILLE devait offrir de nombreux exemples d'une expérience régulièrement enrichie et des considérations théoriques qui en justifiaient la conduite. "Le rêve éveillé en psychothérapie, Essai sur la fonction de régulation de l'inconscient collectif" (8), puis "Psychanalyse et Rêve éveillé dirigé" (9) apportent les développements nécessaires à l'emploi progressivement standardisé de la méthode, sans modifier les éléments fondamentaux de celle-ci. Enfin, dans son récent ouvrage, "Introduction à une psychothérapie rationnelle", R. DESOILLE montre que la mode d'utilisation et les résultats du Rêve éveillé dirigé(10) peuvent se prêter à un abord aussi rationnel, aussi ob-

jectif et expérimentalement vérifiable que celui de l'école pavlovienne face aux problèmes d'une psychologie du comportement. Des articles parus entre temps complètent l'oeuvre actuelle de R. DESOILLE. Nous ne pourrions donner ici qu'un compte-rendu schématique et trop appauvri de sa substance vivante, psychologique et clinique ; nous préférons donc souligner les points qui permettent de rapprocher le Rêve éveillé dirigé d'autres techniques d'induction des états hypnagogiques, puis de montrer comment R. DESOILLE a su systématiser l'intervention directrice du psychothérapeute.

Caractéristiques structurales du Rêve éveillé dirigé.

La séance du Rêve éveillé dirigé se déroule, après la nécessaire reconstitution de l'anamnèse et une prise de contact qui comporte les explications nécessaires, dans une pièce calme et obscurcie. Le sujet s'étend dans une position confortable et détendue. R. DESOILLE a toujours insisté sur la nécessité de ces facteurs d'isolement du monde extérieur et sur celle de la détente musculaire. L'auteur n'ignore ni les travaux de REICH sur la "cuirasse musculaire" du névrotique "qu'il faut absolument vaincre avant d'entreprendre une psychothérapie", ni ceux de SCHULTZ, exercices dont la pratique lui paraît très recommandable (11). Montrant dès son premier ouvrage la nécessité de la "relaxation musculaire" (7 p. 24), il a pu conseiller plus tard certains exercices, comme une forte contraction préalable. En général il est suffisant de prier le malade de respirer pendant quelques minutes profondément et régulièrement, en portant en même temps son attention sur ses pulsations cardiaques et leur rythme régulier. (10 p. 86) Ainsi peut-on obtenir un état de relaxation musculaire et maintenir le sujet dans "un état psychique qui est exactement celui de la période de préendormissement au cours de laquelle le jugement n'est pas encore complètement obnubilé, mais où la dissociation de l'imagination et de l'esprit critique est telle que, celui-ci ne contrôlant pratiquement plus celle-là, elle peut jouer librement". (8 p.4).

Tout au long de sa pratique, R. DESOILLE s'est efforcé de confirmer les caractéristiques physiologiques de l'"état hypnoïde" (11) obtenu. Il a pratiqué divers mesures physiologiques, chez des sujets entraînés, au cours de séances conduites comme à l'accoutumée. Ces mesures ont montré l'installation d'une régularisation et d'un ralentissement du pouls, d'un ralentissement de la respiration, d'un faible abaissement de la température rectale (1 à 2 dixièmes de degré centigrade), d'une baisse du métabolisme de base (baisse qui peut atteindre 15 à 20% chez un sujet très entraîné, en une séance d'une heure). R. DESOILLE conclut : "Il y a donc ralentissement

de la vie végétative du sujet, pendant la séance, analogue à celui que l'on constate dans le sommeil profond. Il est donc permis de dire que, pendant la séance, sans dormir le moins du monde, le sujet se trouve dans un état voisin du sommeil, ce qui explique déjà en grande partie l'effet sédatif du rêve éveillé dirigé éprouvé par le sujet, hormis les rares séances où il éprouve de fortes émotions (environ 5% tout au plus)". (10 p.77)

Dans ce calme protecteur et dans cet état de détente physique, qui va souvent s'accroître au cours même des séances ou au fil de leur succession, une fabulation imagée peut être facilement induite. Dans une phase initiale d'apprentissage, plus ou moins longue, le sujet décrit des images de la veille, objets ou lieux familiers, situations comparables à celles de la vie diurne, réminiscence d'un passé vécu. Un progressif abandon à la création imaginative et les encouragements du psychothérapeute détermineront l'apparition d'un matériel plus proche des scènes du rêve : "Après un nombre plus ou moins grand de séances, apparaît une deuxième période. La fabulation ne se fait plus suivant les thèmes de la vie réelle. Le patient vit dans un monde magique dans lequel domine la toute puissance de la pensée" (10p. 74). Des images fabuleuses, celles du folklore et des mythologies en forment la substance.

Il existe ainsi trois types d'images bien différents : "J'ai proposé d'appeler :

- images de la vie réelle celles qui sont comparables aux phantasmes des rêves nocturnes ;
- images fabuleuses, celles qui sont à rapprocher du folklore ;
- images mystiques, celles qui rappellent les visions de certains religieux" (10 p. 76)

Le sujet entre ainsi en contact avec des situations oniriques au cours d'un apprentissage qui vise à un abandon, à une spontanéité croissante. Ces images se modifient et peuvent se classer également selon le niveau auquel elles sont observées et vécues : "On doit encore ranger les images mythologiques et les images mystiques en deux sous-groupes suivant qu'elles se présentent au cours de l'ascension ou de la descente imaginaire du sujet. Cela fait au total cinq types d'images qui sont :

- a) les images de la vie réelle ;
- b) les images mythologiques de l'ascension (anges, archanges, sages, etc...)
- b bis) les images mythologiques de descente (sorcières, démons, dragons, etc...)
- c) les images mystiques de l'ascension (lumière pure accompagnant des sentiments de paix, de générosité, etc.. et de présence parfois) ;

c bis) les images mystiques de la descente (lumière plus chaude que la précédente, accompagnant un sentiment de puissance cosmique, ni bénéfique, ni maléfique). Images très rarement rencontrées.

Dans le cadre extrêmement général de cette classification des images dont les trois types A, B et B bis, au moins, sont communs à tous les sujets, on trouve chez un nombre considérable d'entre eux quelques images types que l'on rencontre à peu près dans l'ordre suivant :

- à la descente : la pieuvre, le serpent, la sorcière, le magicien, le démon, le dragon, le trésor ;
- à la montée : l'oiseau, la fée bienveillante, le chevalier, le Père Eternel, l'ange, l'archange, la Vierge, la coupe remplie d'un liquide magique ou de lumière.

Les autres images et les situations du scénario sont le propre du sujet. Elles offrent une infinie variété de l'un à l'autre avec, pour seul point commun, des situations typiquement humaines comme celle de l'homme en présence de la femme, par exemple". (10 p. 90-91)

Un certain degré de passivité mentale, de captivité à l'égard de l'image est nécessaire, il concorde avec la détente physique pour favoriser la naissance de celle-ci, il comporte un abandon au sentiment exprimé en même temps que l'image ou la scène. Toute l'action du psychothérapeute est orientée vers une prise de connaissance aussi claire que possible pour le sujet des détails significatifs de la scène et du sentiment vécu, afin d'obtenir une bonne mémorisation des découvertes, qui sera contrôlée par le compte-rendu écrit présenté à la séance suivante. Il doit lutter, chez certains sujets, contre "une disposition fâcheuse à tomber dans un état hypnoïde avec perte de mémoire, lors du retour à l'état normal" (7 p.30) Cette conscience attentive est un des résultats de l'apprentissage, l'insistance avec laquelle R. DESOILLE la réclame montre combien ici nous nous éloignons des procédés hypnotiques.

L'intervention du psychothérapeute.

Pour un déroulement fructueux du rêve, l'intervention du psychothérapeute est indispensable : "Il va de soi que le rêve éveillé doit toujours être dirigé, faute de quoi, il ne serait qu'une rêverie avec tout ce que cela comporte de danger d'introversion". (8 p.381) Celle-ci apparaît déjà dans l'induction à la détente physique, dans l'encouragement à l'imagerie spontanée et à l'attitude d'attention consciente, son rôle va acquérir des caractéristiques plus spécifiques face au rêve lui-même. Les suggestions interviennent mais sur des points précis qui se limitent : "1°) à la proposition d'une image de départ ; 2°) à l'idée de mouvement, descente, ascension ou glissement horizontal ; 3°) à une

image inductrice dont le rôle est de provoquer de nouvelles associations et de faire évoluer dans le sens désiré une image spontanée ; 4°) à inviter le sujet à prendre une attitude active devant une image angoissante. Certaines précautions sont nécessaires pour éviter de proposer au sujet une image étrangère à ses tendances profondes. C'est pourquoi il faut qu'il se sente toujours parfaitement libre de rejeter une suggestion si l'on peut craindre pareille erreur". (8 p. 346)

1°) Les images de départ parfois laissées au choix du malade, surtout au début ou en fin de cure, seront plus habituellement offertes par le psychothérapeute, selon son désir d'explorer avec le sujet tel ou tel fait ou tendance affective. On pourra partir d'un rêve nocturne. Sa longue expérience permet à R. DESOILLE de proposer à son sujet une suite d'images de départ méthodiquement groupées pour les premières séances qui faciliteront, pour le malade, l'apprentissage de la méthode et, pour le médecin, l'exploration du monde imagé du sujet, de ses difficultés, de ses inhibitions. Ces découvertes permettent d'orienter le déroulement ultérieur des séances. Les thèmes d'investigation sont, dans l'ordre conseillé, les suivants : 1°) On propose pour objet de départ, à un homme une épée, à une femme un vase. Cette première séance est conduite surtout vers l'ascension ; 2°) deuxième séance : descente au fond de la mer, suivie d'une ascension ; 3°) puis descente au fond d'une grotte que l'on convient d'appeler, avec le sujet, "La grotte de la sorcière", s'il s'agit d'un homme, la grotte du sorcier, s'il s'agit d'une femme ; 4°) la descente au fond d'un gouffre, en inversant la situation selon le sexe du sujet ; 5°) puis éventuellement d'autres images de départ, une clef, la descente au fond d'un groupe à la recherche du dragon de la fable, ou au sein d'un volcan, une promenade sur une plage déserte, etc...

2°) C'est ainsi à partir d'une image initiale, un mouvement, un voyage, une promenade qui est proposée au sujet. Comme R. DESOILLE y insiste, "le mouvement est le signe même de la vie et de la liberté. C'est dans la mesure où l'idée d'un mouvement dans le rêve s'avère difficile à accepter que le patient a des difficultés à vivre" (10p. 69). Les déplacements plus ou moins guidés, vont constituer l'élément moteur du déroulement des scènes imaginées et de la découverte de ce monde onirique où le sujet se trouve ainsi de mieux en mieux intégré. Le sens le plus fructueux de ce mouvement, au point de vue de la modification des images et de l'abord de nouvelles situations oniriques, réside dans la verticalité, **ascension** ou **descente** : "C'est suivant la verticale, soit en ascension, soit en descente, que l'idée de mouvement provoque les résultats à la fois les plus complets et les plus inattendus" (10p. 69).

Ces mouvements dans la dimension de la verticalité induisent en eux-mêmes une modification du "style des images", où simultanément, leur forme et le sentiment qui les accompagne se transforment. En règle générale, "l'effort d'ascension, soutenu par le sujet au cours de sa rêverie, fait apparaître des images de plus en plus lumineuses qu'accompagne un sentiment d'euphorie diversément nuancé. Au contraire, la descente provoque des images sombres avec sentiments de tristesse, d'inquiétude, voir d'angoisse" (10 p. 69). R. DESOILLE a été amené ainsi à décrire des "chaines archétypiques", d'images et de sentiments différents selon le niveau d'expression dans le rêve éveillé de ces formes universelles résidant dans l'inconscient collectif. Si nous considérons par exemple l'archétype de la femme et tous les sentiments qu'un sujet a pu éprouver, on est susceptible d'éprouver, devant une femme, "nous passerons alors en remontant de bas en haut, de l'animal fantastique et redoutable, qui peut se transformer successivement en sorcière ou en démons, à la jeune femme plus ou moins sympathique, et, enfin, dans le haut, à la fée ou à l'image de la Vierge" (11). Dans un exemple voisin, R. DESOILLE montre "les différentes images symbolisant l'attraction vers la mère ou la répulsion qu'elle inspire" : la pieuvre, image très fréquente, ou l'araignée, la sorcière, l'image de la femme idéale, les images féminines divinisées. (11)

3°) La suggestion de déplacement suivant la verticalité ne suffit pas toujours à faire évoluer les images du rêve. Le psychothérapeute offrira alors au sujet son assistance. Il aidera une ascension ou une descente difficile en donnant les moyens imagés à celles-ci, un escalier, une échelle, ou au niveau supérieur un rayon lumineux, des marches de cristal. Dans une grotte vide, il conseillera d'appeler les habitants éventuels, face à une étendue d'eau, de frapper la surface avec une baguette magique, afin d'observer ce qui peut en sortir. Il s'agit de trouver avec discrétion l'objet ou l'acte qui sera l'induction d'une nouvelle scène imagée en continuité avec le scénario précédent : "il faut parler à l'inconscient son langage". (8 p. 353) Un exemple éclairera ce point, R. DESOILLE prie un sujet de plonger dans le réservoir dans lequel il nage, il s'y refuse "Je puis lui rappeler qu'il ne fait qu'un rêve et qu'il n'y a aucun danger réel à imaginer ce plongeur, le refus reste obstiné. Au contraire, si je lui donne une image de protection, la suggestion de revêtir un scaphandre par exemple, il plongera au fond d'un lac souterrain après quelques hésitations que je vaincrai en lui affirmant que le scaphandre est relié en haut par un câble et, comme il craint encore que le câble ne soit coupé par la dent des squales, je lui suggère qu'il est en acier et que lui-même est armé contre les monstres ma-

rins" (8, pp. 353-354).

4°) "Inviter le sujet à prendre une attitude active devant une image angoissante", apparaît enfin un type de suggestion très utile, déterminant une véritable analyse de ces images, la découverte du sentiment exact qui les accompagne, la possibilité pour le sujet, dans cette confrontation, d'une compréhension et d'une victoire psychologiques sur le phantasme. C'est là un principe général que précise R. DESOILLE : "Dès qu'une image nouvelle se présente, il faut demander au sujet de prendre une attitude active dans la situation où il se trouve. S'il s'agit d'un coffret, par exemple, on lui demandera de l'ouvrir, de l'inventorier et de dire s'il désire et s'il peut s'approprier l'un des objets qu'il contient, puis, ce qu'il en fait" (1op. 91-92). Face à une image angoissante, l'intervention du thérapeute suit cette règle générale. Si la situation devient insupportable, il est toujours possible de faire échapper le sujet en le ramenant au niveau du réel, (il le fait d'ailleurs souvent spontanément) mais en fait l'activité demandée, soutenue par l'aide du thérapeute, aboutit habituellement à d'intéressants succès. Il s'agit, par exemple de la descente d'un sujet au fond de la mer : "il y arrive assez facilement et se trouve devant une pieuvre de grande taille. Elle est menaçante et cette situation lui paraît assez désagréable. Il est tenté de fuir. Je le prie, au contraire, de s'emparer de la pieuvre, de la remonter au jour et d'en observer les métamorphoses". Le sujet se trouve bientôt devant l'image de la tête de son père. Dans les séances ultérieures le personnage du père pourra être commenté puis intégré par le psychothérapeute dans de nouveaux rêves éveillés.

Il semble donc que, au cours de l'apprentissage ou d'une même séance de Rêve éveillé dirigé, un lien étroit se noue entre l'induction de l'état hypnagogique et l'intervention du psychothérapeute au niveau du matériel imagé. Dans la mesure où le guide sait se plier au style même du rêve du sujet, les scènes oniriques se développent ; de même dans la mesure où il soutient le voyage imaginaire par ses suggestions de montée ou de descente et d'action, un scénario onirique se constitue avec un approfondissement simultané de l'état hypnagogique. Cet approfondissement se traduit souvent par l'apparition d'un matériel symbolique archaïque mais ne s'accompagne pas d'affaiblissement de la conscience vigile.

Ainsi le Rêve éveillé dirigé selon la technique de R. DESOILLE, permet l'entrée du sujet, conscient, dans un monde imagé du rêve. L'onirocritique

des anciens, l'emploi des toxiques hallucinogènes dans d'innombrables cultures primitives montre qu'il s'agit là d'une préoccupation fondamentale de l'homme. La méthode de R. DESOILLE a débarrassé ce contact avec les travaux imaginaires de sa valeur magique, elle ramène ces faits sur le plan d'une psychologie normale de l'affectivité. L'introduction de ces connaissances neuves et rationnellement obtenues est susceptible de modifier la compréhension des phénomènes de maladaptation psychologique. R. DESOILLE, partant de ce matériel et des caractéristiques de son obtention devait, en effet aboutir à une conception nouvelle des structures névrotiques par le fait même qu'il parvenait à les modifier.

Avant d'aborder ces problèmes théoriques nous présenterons un exemple d'exploration psychologique par la méthode du Rêve éveillé dirigé.

Exemple d'exploration psychologique
par le rêve éveillé dirigé

Dixième observation. - L. âgée de 33 ans, entre dans le service du Professeur J. DECOURT pour un syndrome complexe comportant des troubles manifestes dans la sphère somatique, une hypertrichose, un amaigrissement important. Le premier de ces symptômes est apparu nettement à l'âge de 27 ans, en 1951, en même temps que des troubles menstruels. L'amaigrissement est plus récent, il date de 2 ans, accompagné de tout un cortège de malaises. Dans la sphère digestive, il s'agit d'impressions de pesanteur après les repas, de la sensation de "spasmes digestifs". Dans ces dernières années, on note aussi des céphalées, des douleurs dorsales, des "tiraillements" lombaires, associés à des malaises lipothymiques. L. dort peu : 5 ou 6 heures, aime veiller tard pour lire ou écouter de la musique. Le sommeil est léger. L. rêve beaucoup de ses préoccupations diurnes, parfois ce sont des cauchemars. A son travail elle est active, elle remplace souvent le directeur du bureau, une certaine distance demeure entre elle et ses collègues, elle n'a d'intimité avec personne. Son rôle social se limite à la participation aux activités d'un cadre paroissial. Elle vit au sein d'une famille qui lui loue une chambre et lui prépare ses repas.

Le père de L. était un employé aisé, de tempérament gai, d'abord un peu sévère cependant. Il est décédé d'une "congestion pulmonaire" alors que L. avait 14 ans. Deux ans plus tard suivait le décès de la mère, dans un accident de chemin de fer. Enfin 5 ans après, alors qu'elle était âgée de 21 ans, le frère aîné de la malade, militaire, est tué au cours d'un engagement aérien. Bref à 21 ans, L. reste seule survivante d'une famille dans laquelle elle avait vécu une enfance heureuse, normale. Après le décès de ses parents, elle interrompt ses études, faciles et entre dans l'administration. A 27 ans, peu de temps avant l'apparition des troubles somatiques se situe un choc affectif, la rupture de fiançailles déjà anciennes de trois ans.

Nous ne tenterons pas de détailler ici les faits d'ordre biologique constatés chez cette malade. L'amaigrissement et les troubles cénesthésiques font partie d'un syndrome névropathique. Nul élément endocrinien évolutif n'a été découvert à l'origine de l'hypertrichose, considérée comme fait d'ordre constitutionnel, partiellement au moins, malgré son apparition tardive. Une thérapeutique a été instaurée dans ce domaine. Face à l'amaigrissement un isolement avec suralimentation a été poursuivi pendant plusieurs semaines avec succès. De notre côté, nous avons proposé à la malade l'apprentissage de la méthode de SCHULTZ. Les divers exercices de la relaxation ont été pratiqués consciencieusement par L., leur succession se déroula rapidement et il nous semble que la malade en tira un bénéfice réel, la possibilité d'une autosédation, une atténuation de la tension anxieuse et des phénomènes cénesthésiques - où la reprise de

poids a joué un rôle également - un sommeil plus profond, plus prolongé et plus régulier.

A partir de l'acquisition des deux premières étapes des exercices de SCHULTZ, pesanteur et chaleur, nous avons conduit une série de rêves éveillés dirigés hebdomadaires. En suivant pour une exploration diagnostique les conseils de R. DESOILLE, nous avons proposé à la malade, dans ces quelques séances, les images que cet auteur conseille. Cette tentative reste donc avant tout exploratrice. De modestes réalisations thérapeutiques ont été rendues possibles par un certain éclaircissement des problèmes affectifs de la malade, fait indissolublement lié à la méthode même du rêve éveillé dirigé. L. atteint rapidement le niveau de création du rêve, offre des images symboliques très variées qui témoignent d'une richesse affective certaine. Des réminiscences de lectures enfantines jouent probablement un rôle dans ces créations, il est intéressant d'observer la fusion de tels éléments et des sentiments actuels de la malade dans les scènes originales qu'elle vit, avec l'aide du médecin, dans l'hypnagogie du rêve éveillé dirigé.

Ier Rêve éveillé dirigé.- Compte-rendu de la malade. Image de départ proposée : un vase.

"En fermant les yeux je cherchai à me représenter un vase ; tout d'abord je n'y parvins pas et je l'inventai. Enfin m'apparut un beau vase de cristal, de ligne pure et élancée. Placé sur une console dans l'angle d'un studio, il accrochait la lumière pénétrant à flots par une grande baie à travers laquelle je voyais un jardin planté de beaux arbres, orné de pelouses. Situé au premier étage ce studio était confortable, sobrement mais agréablement meublé. J'en descendis par un large escalier qui me conduisit dans un vestibule dont l'un des murs était occupé par une belle et haute glace." (Suit une descente angoissante et brève dans une cave obscure, puis une incitation à l'ascension).

"Je montai alors au grenier que je trouvais poussiéreux et encombré d'un tas d'objets hétéroclites sans parvenir à en trouver un seul qui éveillât mon intérêt. Par la lucarne, je regardai les alentours : aussi loin que se portât mon regard je ne vis que des toits. J'étais dans une grande ville".

(Incitation à une ascension en montagne)

"J'en vis une qui ne me parut pas très haute : à ses pieds s'étendait un lac, ses flancs étaient couverts de sapins, et j'y distinguai quelques chalets. Invitée à gravir cette montagne je n'y refusai, ne m'en sentant pas le courage. Enfin je me décidai et empruntai un chemin sinueux qui me conduisit d'abord à travers des pâturages où je vis des vaches, des moutons, Bientôt j'arrivai au milieu des sapins ; le chemin était ombragé il faisait frais, j'entendis le bruit d'une cascade et je rencontrai un petit torrent que je franchis sur un pont de bois. Cette promenade était agréable et je n'avais pas du tout l'impression de monter. J'arrivai ainsi à un hameau composé de quelques chalets, je fus un instant

tentée de m'y arrêter mais je poursuivis ma route et parvins au faite de la montagne. J'eus la surprise de déboucher sur un plateau alors que d'en bas le sommet m'avait semblé assez pointu. Autour de moi il y avait de hautes montagnes aux cîmes enneigées. Le ciel était lumineux mais tout blanc. Une fois de plus j'évoquai mon vase, mais sa forme demeura imprécise. Je tentai alors de percer ce plafond de nuages, de trouver un coin de ciel bleu qui livrerait passage à un rayon de soleil. Je n'y parvins pas".

(Nouvelle incitation à l'ascension)

"Je fus alors transportée sur le plus haut des sommets environnants ; je dominaï tout le paysage, l'air était pur, j'étais baignée de soleil et ressentai une sorte d'allègement j'étais bien. Je voyai mon vase maintenant ; il me parut magnifique, tout irisé sous les rayons du soleil. J'étais seule et n'éprouvais le besoin d'aucune présence.

Je redescendis à regrets de ces hauteurs et me vis dans une vallée encaissée entre les montagnes ; j'y ressentis une impression d'étouffement et gagnai la plaine où je retrouvai des fermes au milieu des champs.

Jamais durant cette évocation je ne vis un être humain".

(On note dans ce premier essai une adaptation rapide de la malade au récit imagé. Les souvenirs et images vécues jouent le rôle principal. L'angoisse à la descente, l'euphorie de l'ascension sont manifestes).

2ème R.E.D. Compte-rendu de L. Image de départ : le bord de la mer.

"Aujourd'hui, je m'imagine être au bord de la mer, et tout naturellement je retrouve la côte sauvage de la région où j'habite ; une côte hérissée de rochers, battue par de hautes vagues écumeuses, à l'horizon borné par la brume et je crois sentir le vent soufflant sans arrêt, il fait froid. On me propose une tenue de scaphandrier pour aller explorer le fond de la mer ; je revêts la combinaison, me couvre la tête du casque, mais je me sens emprisonnée et j'étouffe. Je rejette cet attirail pour prendre des vêtements plus légers : un maillot de bain me semble-t-il mais il s'agit plutôt d'un collant (A). Je retrouve ma hantise d'exposer mes jambes... et leur toison. Je suis maintenant sous l'eau, je baigne dans une lumière verte qui serait très reposante si je ne retrouvais ma crainte de l'eau. Le sable est parsemé de nombreux coquillages de toutes teintes, des algues ondoient dans l'eau et viennent s'enrouler autour de mes jambes. Je suis environnée de rochers et dans l'un d'eux s'ouvre une caverne ; je me dirige vers elle mais je vois alors que l'entrée en est gardée par une bête, une pieuvre ! Elle est toute noire tend vers moi ses tentacules menaçantes et me regarde de ses gros yeux méchants. Je n'ose bouger bien que l'on m'invite à prendre un filet et une pique pour la capturer (B). Je cherche autour de moi quelqu'un qui me viendrait en aide, en vain ! Il n'y a personne. Je surmonte ma crainte, je m'approche de la

grotte mais la pieuvre n'est plus là ; je pénètre à l'intérieur de la caverne et je la retrouve, tapie sur le sol ; elle est immobile et peu à peu je sens la peur s'éloigner. Je jette mon filet sur la bête et la voilà prisonnière : elle ne se débat pas et son regard me semble implorant. Je la libère et d'un coup de baguette que je tenais à la main, je la frappe légèrement. Aussitôt elle se transforme en une ravissante jeune femme blonde. Elle répond à mes questions : elle se trouve depuis très très longtemps prisonnière sous la mer et cela par la volonté de son mari qui l'avait changée en pieuvre ; mais elle refuse de m'en donner la raison. Pour qu'elle obtienne la liberté définitive, il faudrait que je reste, moi, dans la grotte. Je m'y refuse avec horreur et lui demande pourquoi ? "Parce que vous êtes le premier être humain qui m'ait prise en pitié" (C).

(Ici, une séquence de rêve ayant pour thème un voyage avec la jeune fille découverte, mais l'arrivée dans un chateau mystérieux est soudain suivie d'un brusque retour au plan du réel. Le médecin suggère alors une ascension).

"Je suis entraînée au-dessus de la couche de nuages et le ciel y est tout bleu, le soleil brille et l'un de ses rayons me frappe la poitrine, comme un dard. Les nuages ressemblent à de gros coussins et sur chacun d'eux repose un enfant. Devant moi se trouve une très belle porte en fer forgé vers laquelle, me prenant la main, deux enfants me conduisent. Nous en franchissons le seuil et me voici dans un grand jardin où s'ébat une quantité d'enfants. Là, tout est conçu pour leur agrément : manèges, jeux, bassins de sable, pièces d'eau... Je me mêle à leurs jeux mais à ce moment un vieil homme s'approche : il porte une longue barbe blanche, son regard est très doux. Il faut vous en aller me dit-il, et comme je lui en demande la raison, il me répond que je n'aurais pas dû pénétrer dans ce jardin mais qu'un jour, peut-être, je pourrai y revenir (D).

Le cœur gros, je m'en vais et me retrouve sur le seuil de la porte d'où descendent trois marches s'arrêtant dans le vide. Les nuages passent très vite devant moi et je voudrais bien en atteindre un. J'y parviens et il me ramène vers la terre où j'arrive encore dans un jardin, un très joli jardin où chante un ruisseau. Les parterres sont remplis de fleurs multicolores : en bordures, en massifs ; un superbe rosier s'y épanouit. Mais, chose étrange, je n'entend pas un bruit, pas un chant d'oiseau. J'y suis seule et cependant je suis dans un jardin public : j'en aperçois l'entrée donnant sur une avenue (E).

Je m'enfonce dans le jardin et, sous les arbres, je m'étends dans l'herbe pour me reposer. Mais je sens que l'on m'appelle, il faut que je parte. C'est au bureau que l'on m'attend et je dois aller travailler (F)".

- (A). Exemple de l'importance du "style des images" proposées, et de la concordance nécessaire entre les suggestions inductrices et les sentiments vécus par le sujet.
- (B). L'image de la pieuvre est très souvent rencontrée dans la descente du sujet au fond de la mer. La suggestion d'affronter, de combattre, de capturer ou de transformer cette image archétypique angoissante en précise la signification sur le plan personnel, comme on peut l'observer ici (C), exprimé de façon encore obscure d'ailleurs.
- (D). Apparition d'images heureuses, interrompues dans leur développement par un écho de la situation réelle du sujet.
- (E). La conscience pénible de la solitude affective teinte ces images de L. La compensation apportée par le travail est finalement évoquée (F).

3ème R.E.D. Compte-rendu du médecin. Image de départ : visite à la grotte d'une sorcière.

- L. "Je vois des montagnes très rocheuses, pas de verdure, des entassements de rochers, c'est lugubre. Un petit sentier monte, contourne la montagne. J'aperçois une caverne très, très sombre, des chauves-souris volent en tous sens. Il y a comme une cheminée avec un feu allumé, cela fume. La caverne est pleine de fumée. Une table est au milieu, encombrée, tout un fouillis. Une vieille femme s'avance. Elle est toute noire. Elle s'appuie sur un baton, ses cheveux pendant en tous sens, ses yeux sont perçants, menaçants."
- M. Demandez-lui poliment de visiter son domaine ? - L. : Oui elle me laisse entrer, je ne distingue pas très bien. Des cris d'animaux, je ne sais pas ce que c'est.
- M. Demandez-lui de vous éclairer ? - L. : Elle allume une chandelle. J'ai moins peur. C'est assez banal. Cela ressemble à la maison d'une vieille femme pauvre (A). Un fagot dans un coin, elle range ses affaires.
- M. Que possède-t-elle d'intéressant ? - L. : Une grosse boule de verre sur la table, avec la lumière qui danse à l'intérieur. Elle aide la sorcière à donner certaines réponses quand elle le peut (B).
- M. Posez-lui une question qui vous intéresse. - L. : Ce qu'elle pense de mon avenir.
- M. Regardez avec elle. - L. : La flamme est vacillante, pas très claire. Elle dit que je devrais lutter (C).
- Voyez-vous quelque chose dans cette boule ? - L. : Elle devient une boule claire. Elle est pleine de soleil, elle éclaire la grotte.
- M. Demandez-lui de sortir avec vous en emportant cette boule. Montez sur la montagne. - L. : Elle veut bien l'apporter au dehors, la boule continue de briller. Nous montons, c'est dur, c'est pénible. Tout est de rochers, à l'entour. Le chemin est plein de pierres qui roulent, nous manquons de tomber.

(Ascension difficile, L. dépasse finalement le sommet et se trouve au-dessus de nuages, dans une zone ensoleillée).

- M. Comment est-ce au-dessus de vous ? - L. : Un rayon de soleil vient, il dissipe les nuages. Le ciel devient bleu. Je suis seule, assise sur la boule, grande, immense. Elle est faite de toutes les couleurs, elle brille : c'est du verre, comme une grosse cloche (D).

- M. Où est passée la femme ? - L. : Je ne la vois plus. Ah, si ! Elle est à l'intérieur, dans la boule. Elle a beaucoup rajeuni, elle est gaie, elle danse, elle à l'air heureuse. Un beau chien blanc est avec elle. Elle m'appelle, mais je ne peux pénétrer dans la boule. J'en fais le tour (E).

- M. Appelez-la et demandez-lui de vous rejoindre ? - L. : Oui, elle a traversé la paroi. Elle me guide, on marche. On survole les nuages. Je me sens bien.

- M. Imaginez un rayon de soleil et essayez de monter le long.

- L. : Le rayon est très large, blanc, éblouissant. La jeune femme est toujours souriante, gaie, elle à l'air contente.

- M. Demandez-lui de vous conduire encore. - L. : Je voudrais contourner le soleil. De l'autre côté, il fait chaud, l'air est léger. On est bien, je me sens plus gaie moi aussi. J'aperçois un paysage, de beaux arbres, des couleurs, des fleurs partout, tout chante dans ce pays. La jeune fille danse en marchant.

- M. Demandez-lui à qui appartient ce domaine ? - L. : C'est à elle. Il y a une petite maison toute blanche avec un toit de chaume couvert de fleurs, un rosier l'entoure.

- M. Pouvez-vous la visiter ? - L. : Elle ne veut pas que j'y entre, personne n'y est jamais entré. On ne peut pas non plus regarder par la fenêtre, elle ne veut pas que j'approche. Le secret de sa joie est enfermé là, elle le perdrait si on le connaissait.

- M. Demandez-lui de vous donner quelque chose ? - L. : Non, elle ne donne jamais rien aux autres (F).

- M. Pouvez-vous vous reposer là ? - L. : Il y a un banc dans ce jardin, sous un arbre, c'est agréable, il fait frais. Mais je suis seule.

(Descente dans un paysage semblable au niveau du sol, puis retour au réel. L. se sent "très bien, très calme").

Dans ce rêve se confirme l'importance de la solitude de L. C'est telle ou telle image d'elle-même qu'elle semble projeter sur les personnages féminins, cette sorcière banale, peu effrayante, plutôt désarmée (A), la jeune fille gaie, heureuse, mais enfermée dans un monde égoïste, infantile et irréel (E,F). On assiste ici à la transformation du personnage féminin dans l'ascension selon le principe des "chaines archétypiques" décrit par R. DESOILLE. On peut encore noter, sur le plan général de la technique du rêve éveillé, l'apparition de moyens magiques classiques (B), la présence de phénomènes non seulement visuels mais auditifs (C, F), la transformation des images dans le déplacement selon la verticalité (D).

4ème R.E.D. Compte-rendu du médecin. Image de départ : la grotte du sorcier.

- L. : "Je me trouve au pied d'une montagne. Elle émerge d'une forêt. Le paysage est très vert. Il y a du soleil. Un sentier monte et aboutit à une hutte en branchages, elle n'est pas très grande. Un vieil homme se trouve debout devant elle. Il a une barbe grise. Il est assis, il semble rêver. Il a un regard fixe, on dirait qu'il pénètre à travers le corps pour lire nos pensées. Un hibou sur le toit. A l'intérieur, il y a beaucoup d'animaux, des corbeaux, des lézards noirs pour faire une drôle de cuisine. C'est assez inquiétant tout cela.

- M. Comment est-ce, alentour ? - L. : Dans la forêt il fait bon, c'est assez agréable. Je demande à cet homme à quoi servent tous ces instruments. Ce sont des onguents. On vient souvent lui demander conseil.

- M. Demandez-lui à visiter son domaine ? - L. : Il accepte. Je rentre dans la hutte. Un rayon de soleil entre par le toit, il éclaire un grand miroir. Il est rond, étoilé, le tour dessine une grande étoile. Il est posé contre la paroi de la hutte.

- M. Demandez-lui à quoi il sert ? - L. : Il lui sert à parfois prédire l'avenir, mais il faut que les personnes qui l'interrogent soient pures et franches (A).

- M. Comment est le reste de la pièce ? - L. : Je n'imagine que le miroir, je ne vois plus que lui, il prend toute la place. Je ne n'y reconnais pas. Je suis très vieille. J'ai l'impression que ce n'est pas moi.

- M. votre visage ? - L. : Il est presque hagard, tout noir. Je suis habillée de noir, une grande cape me recouvre jusqu'à terre.

- M. Comment vous sentez-vous ? - L. : Apeurée, Je ne me reconnais plus, j'ai l'impression d'avoir rapetissé et tout me semble immense autour de moi.

- M. Avez-vous le même âge ? - L. : Oui. Je garde toujours le même aspect comme si j'étais perdue dans un autre monde.

- M. Demandez à votre image de vous guider dans cet autre monde ?

- L. : Elle me fait traverser le miroir. Tout a des proportions énormes.

- M. Comment est-ce ? - L. : une immense vallée et je ne peux pas voir le ciel. Les mondes sont, oh ! immenses, énormes ! J'ai l'impression que je vais disparaître si je reste.

- M. Et votre image ? - L. : Elle ne semble plus grande. Elle a l'air à l'aise. Les rochers prennent des formes d'animaux, des formes humaines.

- M. Lesquelles ? - L. : Comme si on avait taillé des visages dans la roche.

- M. Approchez-vous ? - L. : C'est un immense visage très aplati. On dirait qu'il a un regard vivant, comme s'il m'appelait ou voulait me demander quelque chose.

- M. Demandez à votre ombre de l'interroger ? - L. : Elle lui demande ce qu'il veut me dire. Il dit que si je me sens perdue dans ce monde, c'est parce que je n'ai pas su me hausser. Je n'ai pas eu assez de volonté. Ils discutent tous les deux. Je

voudrais bien grandir aussi. Je vais le lui demander.

- M. Que se passe-t-il ? - L. : Oh ! ça y est, je grandis, je suis à leur mesure. Je me sens plus à l'aise (B).

- M. Comment est votre image ? - L. : Je ne la vois plus. Le paysage est redevenu normal, tout est à ma mesure. C'est un paysage ordinaire de montagne, il y fait bon.

- M. Comment est le ciel ? - L. : Bleu, sans nuages. Je me sens très bien, très détendue (C).

- M. Promenez-vous. - L. : Il me semble me retrouver dans la forêt du début. J'aperçois le vieil homme.

- M. Comment est-il ? - L. : Il semble moqueur. Il me demande d'où je viens.

- M. Demandez-là lui ? - L. : J'ai l'impression qu'il n'entend pas. Qu'il fait exprès de ne pas entendre. Il me dit que je suis allée dans un pays où on ne va qu'une fois et qu'il était trop tôt pour que j'y aille. Il semble courroucé et me fait signe de m'en aller (D).

- M. Demandez-lui quelque chose ? - L. : Il s'en va, il ne veut plus m'écouter, il est plié en deux, on dirait qu'il a vieilli. Il disparaît, il n'est plus qu'un point, tout est sombre, il n'y a plus de soleil. J'entends des hululements, des cris.

(A cette descente pénible succède une ascension difficile au début puis plus aisée, puis le repos dans un jardin).

- L. "Il y fait frais, on y est bien. Il y a un banc au bord d'un petit lac, avec un cygne sur ce lac.

- M. Que fait-il ? - L. : Il vient vers moi. Je n'ai rien à lui donner, il n'a pas peur, il reste auprès de moi. Je peux le toucher. Il s'en va ! Il passe sous un pont, je vais voir où il va, il suit une petite rivière. Il s'en va très vite. Oh ! c'est bizarre, il s'envole, on le voit disparaître.

- M. Quel est votre sentiment ? - L. : Il me manque, on dirait, je voulais le retenir mais je n'ai pas pu. On dirait que je deviens plus triste, j'ai perdu quelque chose. Je me sens délaissée (E).

A la suggestion de partir à la recherche de compagnons possibles, L. répond : "J'entends des enfants qui jouent Oh, oui ! Ils font une ronde, ils sont pleins de vie. Ils m'incitent à entrer dans une bande. Je tourne avec eux, je me sens mieux" (F).

D'après l'anamnèse, on peut estimer que la malade dans les images de cette séance traduit surtout sa peur et sa détresse devant le monde de la mort (B, D), sentiments vécus lors de la disparition de ses parents, ou de son frère (E). Elle échappe une première fois à l'angoisse par un abandon brusque de l'image et par un retour au réel (C) ou à la fin du rêve par la recherche, presque volontaire de sentiments plus heureux (F). L'image masculine, le sorcier, apparaît assez rébarbative (A).

5ème R.E.D. Notes du médecin. Image de départ : visite d'une grotte.

- L. "Elle a l'air très profonde, l'ouverture est très grande, on entend de l'eau qui coule au fond. Les parois sont humides. Il y a de l'eau qui ruisselle. Il y a beaucoup d'écho, le moindre bruit résonne. On dirait une sorte de couloir.

- M. Comment est ce couloir ? - L. : C'est assez bizarre, il y a des dessins sur les murs.

- M. ? - L. : Des animaux, des corps humains avec des têtes de bêtes. J'aboutis à une grande salle qui semble avoir été habitée. Il y a des pierres de différentes tailles qui forment une table, des sièges. De l'eau coule sur les murs. La voûte est très haute, on se sent écrasé.

- M. Appelez quelqu'un ! - L. : une sorte de nain arrive.

- M. Comment est son visage ? - L. : Tout rouge, une grande barbe, il semble vieux. Il me dit que c'est sa demeure. Ils sont très nombreux à venir là. Les voilà qui arrivent tous. Oh ! Il y en a ! Ils disent que je suis leur prisonnière maintenant.

- M. Demandez au plus âgé de visiter son domaine. - L. : Il me dit que je suis trop grande pour sortir de cette pièce ; à moins de devenir aussi petite qu'eux. Ils mènent la même vie que les humains sur la terre. Je me sens énorme à côté d'eux. Ils ne parlent pas, les autres, ils remuent en tous sens sans prononcer une parole.

- M. Demandez-leur un souvenir de votre passage ? - L. : L'un d'eux me donne une pierre. Elle est toute blanche, très ordinaire. Oh ! J'ai toujours cette impression d'être énorme, de grandir encore, je suis obligée de me courber pour rester dans la caverne (A).

- M. Frappez les murs avec une baguette magique et sortez !

- L. : Je me retrouve dans un champ.

- M. Comment est votre pierre ? - L. : Elle me paraît lourde, pourtant elle n'est pas grosse. Elle est chaude aussi, douce. On dirait qu'elle émet un bruit, un son, comme un sifflement.

- M. Laissez la tomber et regardez en quoi elle se transforme ?

- L. : C'est un serpent qui en sort, il s'en va, heureusement en sifflant.

- M. Vers où ? - L. : A l'extrémité du champ. Il grimpe sur un arbre. Il s'est enroulé sur une branche. Il se balance, il a l'air de danser.

- M. Quelle est votre impression ? - L. : Je n'ai plus peur. Il danse, c'est curieux. Il est roulé sur lui-même. Je le touche, il ne bouge pas. Il ressemble à un nid. Oh oui ! c'est un nid. Plein d'oiseaux même (B).

- M. Pouvez-vous emporter l'un d'eux dans votre promenade ? - L. : Oh oui ! Il est de toutes les couleurs, il chante. Il s'est posé sur mon épaule, il se laisse caresser, il ne s'en va pas.

- M. Comment est-ce autour de vous ? - L. : Très joli, gai, tout est vert, des fleurs par terre. J'aperçois une forêt, en face de moi, un château, dirait-on, au milieu des arbres. L'oiseau semble vouloir me dire quelque chose, on dirait qu'il me fait signe de le suivre. Ah, oui ! Il rentre dans la forêt

C'est bien un château qui est là. Il semble inhabité, endormi. D'autres oiseaux semblables viennent à notre rencontre. Oh ! ils m'entourent, ils m'accompagnent jusqu'au château. La porte s'ouvre, toute seule. Il y a un homme là, il me regarde avancer.

- M. Comment est son visage ? - L. : Très froid, mais il semble attendre. Il me dit qu'il m'attendait, je ne le connais pas.

- M. Proposez lui une promenade. - L. : Il m'emmène vers une rivière. Il y a un bateau. Il m'emmène en bateau. Il fait bon. On dirait que la rivière chante, mon compagnon chante aussi. On dirait qu'il me conduit vers un grand rocher creux. Oh ! il fait sombre ! Je ne vois plus rien. Mais j'ai l'impression que le bateau va chavirer, oh !

- M. Demandez-lui d'accoster ? - L. : Oui, mais je ne suis pas à l'aise, il fait noir.

- M. Entraînez-le vers la sortie. - L. : Je ne vois pas la sortie.

- M. Eclairez-vous. - L. : Ah, oui, voilà l'air ! Il fait meilleur, je l'entends courrir. Il veut me ramener vers la grotte.

- M. Partez vers une ascension et voyez s'il vous suit ? - L. : oh, non ! Il me fait de grands signes : Reviens, reviens ! Il redescend.

- M. Comment était son visage ? - L. : Effrayant, en colère (C)

- M. Comment est le chemin ? - L. : Il monte, c'est du sable, je m'y enfonce (Suit une ascension difficile. Finalement L. se détend dans des paysages plus lumineux).

- L. : Je suis sur une espèce de terrasse, sur le flanc d'une très haute montagne; je domine toutes les autres.

- M. Redescendez vers les paturages. - L. : J'y arrive, il y fait bon, il y a des troupeaux.

- M. comment est-ce ? - L. : Il y a comme un village, un hameau des troupeaux de tous genres. Ce village a l'air gai, vivant. On s'y sent bien et pourtant je n'y vois personne. Il respire la joie et moi-même je me sens joyeuse. J'entends des chants, comme une fête. Oh oui ! tout le monde est rassemblé dans un grand champ. Ils s'amusent, font de la musique. Ils me disent qu'ils fêtent le printemps tous ensemble. Ils sont heureux, ils dansent.

(L. se repose dans cette vision quelques instants avant de reprendre contact avec le réel).

- (A) L'angoisse apparaît facilement à la descente. Il ne nous a pas été possible d'éclaircir, sur le plan du sujet, la signification du symbole de ces nains angoissants. Notons la facilité chez L. de ces modifications du schéma corporel, surtout dans la descente. Ils s'accompagnent alors d'un sentiment angoissant, probablement aussi de la régression dans le temps vers un monde affectif du passé. L'ascension fait retrouver à L. ses dimensions adultes, et après quelques efforts des sentiments plus détendus.

- (B) Cette transformation rapide d'images symboliques témoigne de qualités imaginatives, créatrices, assez remarquables chez le sujet, qualités qui, comparées aux réalisations existentielles de L., révèlent les potentialités méconnues ou figées d'une personnalité repliée sur elle-même, la base et l'utilité d'une aide psychologique.
- (C) Cette partie de la séance est très consciemment ratée par la malade, à ses souvenirs sentimentaux, à l'attitude du fiancé.

Le Rêve éveillé dirigé a permis chez cette malade une intéressante exploration psychoaffective. Le matériel obtenu au cours de ces quelques séances présente sous une forme concrète, propre à la malade et imagée, des indications concernant :

1°) Son isolement affectif, intime, compensé sur le plan social par certaines possibilités de participation à la collectivité, comme en témoigne la fin des séances.

2°) L'angoisse attachée aux souvenirs non dépassés de la mort des parents et du frère.

3°) L'échec de la liaison amoureuse, également inhibiteur, et le caractère hostile, menaçant, des images masculines.

On peut noter combien les richesses affectives créatrices de la malade sont obnubilées, figées par ces angoisses, ces inhibitions et combien une psychothérapie par le Rêve éveillé dirigé pourrait utiliser les possibilités conservées de sublimation, de sentiments constructeurs grâce au retour au présent, à la découverte des sentiments positifs qui s'expriment déjà ça et là dans ces séances d'exploration.

Ces récits imagés, vécus par le sujet sur un fond d'émotions ou de sentiments concomitants, peuvent, grâce à la conservation de la vigilance consciente, être remémorés par exemple dans un compte-rendu que le sujet apportera à la séance suivante, et étudiés par le malade et le psychothérapeute sur cette base objective. L'intervention de celui-ci ne se limite donc pas à une tentative de direction de la séance elle-même, à des fins d'exploration et de transformation des images, mais recherche la signification, sur le plan du sujet d'un matériel symbolique relativement universel, et l'intégration dans la conscience des sentiments neufs vécus et de l'image hynagogique, qui en est la forme. Une perspective d'ensemble neuve du processus de cure de la névrose apparaît simultanément au contact et au développement du matériel imagé du Rêve éveillé dirigé.

Cependant avant d'entreprendre un exposé des solutions que peut offrir R. DESOILLE après de nombreuses années d'expérience et l'opinion des auteurs qui ont une pratique de sa méthode, nous voudrions en un bref paragraphe insister sur l'originalité du matériel psychologique obtenu grâce au Rêve éveillé dirigé, par rapport aux recherches de la psychologie classique. Les premières études conduites chez le sujet normal bien éveillé paraissent remonter à A. BINET (3) qui en rapporte les résultats dans son livre : "Etude expérimentale de l'intelligence". On sait qu'il demande à ses jeunes sujets de se représenter, les yeux fermés, un objet, une scène, puis d'y introduire la modification que l'expérimentateur réclame, de préciser enfin la netteté de cette transformation et le temps nécessaire à la réaliser. A. BINET écrit (3 p. 163) : "Armande est bien devant son image mentale comme si elle était assise devant l'écran du cinématographe (...) L'idéation d'Armande rappelle les exercices de cristal-vision. On sait en quoi ils consistent. Une personne douée pour cela - J'ignore si tout le monde y est apte - regarde longuement avec fixité une surface brillante, par exemple une facette de cristal taillé, ou une boule de verre ; au bout de quelque temps de contemplation, le sujet voit se former dans le cristal de petites images (...) Ces images sont des objets de fantaisie, ou bien au contraire elles retracent des scènes de la vie passée du sujet. Leur caractère essentiel, c'est qu'elles se développent en dehors de la pensée volontaire ; il y assiste en spectateur, il ne les appelle pas, ne les modifie pas volontairement (...)". Le psychologue français faisait ainsi la découverte de ce que E.R. JAENSCH et W. JAENSCH devaient décrire sous le nom d'"image idé-tique", que devaient étudier QUERCY (25) et plus récemment M. GRESSOT (20, 21). On trouve dans les études de cet auteur un exposé très systématique des caractéristiques formelles de l'image idé-tique, de ses relations avec la vie instinctivo-affective, "dont elle constitue une intru-

sion dans la sphère perceptive", des structures typologiques, déjà évoquées par A. BINET et abordées par R. DESOILLE, qui conditionnent leur plus ou moins facile apparition et leur richesse au cours de l'expérimentation chez le sujet normal. L'image éidétique est rapprochée des paréidolies, des images de la rêverie, des pseudo-hallucinations de KANDINSKY (cf. K. JASPERS, 22 p.52) Finalement M. GRESSOT reprend à son compte la distinction de H.W. MAIER entre images éidétiques "catathymiques" et "non catathymiques" selon l'intervention ou l'absence de facteur affectif dans le déterminisme du phénomène éidétique : l'image catathymique "fait vibrer une corde affective élémentaire". Ces recherches, dans leurs résultats les plus substantiels, ne dépassent pas la découverte de reviviscences imagées du passé ou d'anticipations utilisant aussi un matériel apporté par l'existence diurne.

L'établissement d'une situation psychothérapeutique modifie considérablement la facilité d'obtention, et la richesse des manifestations imagées. L.S. KUBIE (24) ou A. JELLINEK (23) confirment ce fait, celui-ci par l'étude de l'imagerie spontanée, celui-là par l'utilisation de "rêveries hypnagogiques" dans la recherche de données amnésiques et refoulées. La "méthode GUILLEREY" (19) repose, de même sur une sollicitation du sujet à la rêverie. On peut reprocher à ces recherches de demeurer très en deça d'un matériel onirique vrai, de se maintenir dans les limites de la rêverie diurne, et surtout de ne pas bénéficier de toutes les possibilités de l'état hypnagogique, soit qu'elles négligent son induction systématique, soit qu'elles limitent l'intervention du psychothérapeute. L'analyse de la méthode du Rêve éveillé dirigé de R. DESOILLE nous a montré l'importance légitime que cet auteur donnait à l'un ou à l'autre de ces deux facteurs pour une utilisation fructueuse de l'état hypnagogique et de son imagerie.

Les apports de JANET et de FREUD à la psychopathologie des névroses étaient fondés, pour le premier sur une analyse des conduites, pour le second sur l'étude des associations verbales spontanées, recherchées à partir des souvenirs des rêves nocturnes ou des symptômes eux-mêmes. JUNG, insistant sur certaines particularités archaïques du matériel onirique ou des thèmes délirants montrait que ces éléments ne possédaient pas seulement - ni toujours - une signification personnelle mais aussi manifestaient des possibilités humaines plus générales. Le matériel quasi-onirique obtenu par des méthodes comme l'induction de rêves expérimentaux par l'hypnose, ou d'hallucinations toxiques, ou bien les éléments fabuleux obtenus dans le Rêve éveillé dirigé, témoignent de la valeur des découvertes de JUNG et de l'intérêt d'une connaissance des expressions mythiques. Que cet

intérêt ne demeure pas dans un domaine purement spéculatif, qu'il pénètre les tentatives psychothérapeutiques, tel semble être la direction de travail qu'a choisie R. DESOILLE. Il reste à voir comment le matériel même du Rêve éveillé dirigé, et les possibilités d'intervention du psychothérapeute, justifiaient cette démarche et quelles caractéristiques nouvelles des structures névrotiques y étaient impliquées.

Le matériel imagé du Rêve éveillé dirigé nous place en présence de rapports d'analogies entre une situation imaginaire et un sentiment simultané. La possibilité donnée au sujet de rêver, par l'hypnagogie et par les inductions du psychothérapeute aboutit à l'émergence de telles analogies dont le support objectif est représenté par le langage imagé. C'est là l'observation d'un fait psychologique très général : "Chaque fois que les circonstances ne nous obligent pas à nous faire comprendre avec précision par autrui, nous y avons recours (à l'image) comme à un mode d'expression primitif exigeant un moindre effort que l'emploi du langage conventionnel. C'est bien un langage intime comme l'indiquait POLITZER (10 p. 49). Autrement dit, le Rêve éveillé dirigé permet au sujet la découverte et l'emploi d'un langage archaïque, d'une expression de soi non plus sur le mode rationnel et logique des formes verbales socialisées, mais sur un mode "intime", impliquant toute une sensorialité, tout un contexte émotionnel strictement personnel. Ce langage tire ses sources du passé psycho-affectif tel qu'il a été vécu individuellement, tel qu'il est obscurément demeuré, non pas strictement inconscient, mais surtout non communiqué et incommunicable clairement à autrui ou à soi-même par le langage verbal social.

Cette distinction fondamentale entre ces deux modes d'expression, peut semble-t-il, être exprimée légitimement, comme le fait R. DESOILLE dans les termes de la psychologie pavlovienne. Elle peut trouver ainsi une traduction scientifique et rationnelle : "J'ai proposé d'appeler "langage de l'imagination non contrôlée" ce recours à l'image visuelle pour exprimer un sentiment par des analogies, souvent fort lointaines, avec le réel. En fait, le langage conventionnel est le résultat d'une activité nerveuse qui est le propre du 2ème système de signalisation, tandis que les images visuelles, sont plus intimement liées au 1er système de signalisation. A l'état de veille normale (...) si les deux systèmes restent toujours en liaison, il y a prépondérance du 2ème système qui exerce un contrôle permanent sur le premier. Dans le rêve éveillé, au contraire, le contrôle du 2ème système est relâché et c'est le langage imagé qui l'emporte sur le langage conventionnel ainsi que dans le rêve nocturne". (10 p. 26)

Le matériel psychosensoriel du Rêve éveillé, par de telles caractéristiques "régressives", archaïques, par les analogies affectives alogiques, irrationnelles, magiques conduit à l'observation d'"un processus conscient auquel il manque la réflexion" (9 p. 26). Ce déficit existe également dans le symptôme névrotique, il est concomitant de la formation du symptôme : "C'est dans les circonstances qui ont déterminé la première angoisse, motivée par un danger réel ou supposé, qu'il faut, comme le fait FREUD, rechercher le conditionnement de la névrose" (id) "Les circonstances qui ont déclenché ce déficit de la conscience peuvent se réduire à un seul événement qui prend alors un caractère traumatisant ou, le plus souvent, être une suite d'événements semblables, en apparence insignifiants, tels que système d'éducation, habitudes du milieu familial auxquelles le sujet réagit mal. Un sentiment vécu, rappelons-le, est un phénomène transitoire dont il ne reste qu'un souvenir ne pouvant être rappelé à la mémoire que si certaines conditions de réflexion et d'attention sont remplies. Si elles ne sont pas remplies, l'événement, en général, n'est pas assimilé, selon l'expression de P. JANET. En d'autres termes, au moment même l'émotion qu'il provoque n'est pas dominée : le sujet "perd la tête", sa raison, donc son pouvoir de réflexion, est obnubilée, jusqu'à ce que, l'événement passé, l'organisme retrouve son équilibre (...) il peut s'établir un ou plusieurs réflexes associés tels que, dans des conditions présentant une analogie, même vague avec le premier événement, cette émotion sera revécue sans que le sujet y puisse trouver une motivation valable" (9 p. 26).

L'image puise aux mêmes sources analogiques que le symptôme névrotique son pouvoir de réviviscence émotionnelle. Pas plus que le symptôme, elle ne nécessite l'intervention d'une conscience réflexive, mais mieux que lui, elle peut se plier à l'examen de celle-ci. En effet, vécue dans la solitude et l'intériorisation de l'état hypnotique, elle peut s'abandonner aux développements propres de sa spontanéité, ou encore suivre les indications inductrices du psychothérapeute adroit qui sait parler "le langage des images". L'exploration des zones émotionnelles aboutira ainsi à des données objectives, sur lesquelles pourront se porter dans un second temps les analyses de la conscience réfléchie, susceptible de retrouver ces significations dont la brutalité de l'émotion première, passée, a empêché l'éclosion complète et l'"assimilation".

Les possibilités du Rêve éveillé dirigé dépassent cependant ce retour au passé, fondement du processus cureteur classique de la catharsis. Si les habitudes névrotiques relèvent d'un traumatisme ou d'un condi-

tionnement pathologique perdus souvent en un lointain passé, le scénario du rêve, lui, est fondé sur des sentiments actuels, sur une affectivité qui par l'image onirique et l'attitude active suggérée au malade, s'exprime dans le présent, l'immédiat et renouvelle les situations imaginées, modifie sur le moment même le contenu affectif ancien. Grâce à l'image et à travers ses modifications vont interférer ces deux éléments, l'un passé, l'autre actuel selon ce que R. DESOILLE appelle "l'effet rétroactif des images récentes" et qu'il attribue à "l'activité réelle du sujet dans le jeu ou manifestée par lui dans le rêve" (9 p. 309) Ce "jeu" avec les personnages angoissants du rêve, substituée aux séquelles terrifiantes du passé, la vérité, la réalité actuelle, sa vraie valeur qui n'est pas moins imaginaire dans le rêve que dans la névrose. Un exemple peut éclairer ce point : une malade est, dès la première séance, gênée au cours de l'ascension - c'est-à-dire au cours de la recherche du repos et de l'euphorie affectives - par l'apparition d'une silhouette noire qui l'angoisse. A la 3ème séance, la confiance de la malade étant gagnée, l'auteur décide de lui faire aborder l'image : "Je prie Carmen de suivre la silhouette noire, aussitôt celle-ci tend à s'effacer. J'insiste pour que Carmen ne la laisse pas échapper et la suive. La silhouette nous mène à un tombeau qui est celui de son frère et la silhouette noire prend l'apparence de ce dernier. Je fais abandonner cette image par Carmen pour lui faire reprendre son ascension ; elle parvient ainsi à des représentations agréables dont je lui fais épuiser l'effet sédatif" (8 p. 311-312). Interrogée, Carmen raconte avoir été victime d'une tentative de viol de la part de son frère à l'âge de dix-huit ans. "En empêchant le sujet de se laisser fasciner par ces images, ou quelquefois de les refouler, comme Carmen, nous en avons montré la tendance, on utilise leur effet rétroactif, pour décharger les images anciennes laissées dans l'inconscient comme souvenir de situations réellement vécues ou simplement comme traces de fabulations greffées sur des complexes comme celui d'Oedipe". (id) En travaillant avec le sujet sur l'image du Rêve éveillé on parvient à la décharger de son angoissant et imprécis, "on atteint le souvenir de l'événement traumatisant - si un tel événement s'est réellement produit - ou, si semblable événement ne s'est pas produit, les images d'une ou plusieurs situations qui ont provoqué des émotions insuffisamment abrégées dans le passé, et dont le souvenir a été refoulé" (8 p. 310). Pour ceci il n'est point nécessaire ni de procéder à de longues associations verbales, ni d'utiliser de fortes suggestions, il suffit de se prêter au jeu imaginaire en encourageant l'activité, présente, actuelle dans le rêve, du sujet.

Ces jeux imaginaires, comme R. DESOILLE a eu le grand mérite de les induire, ont pour substance non pas seulement les souvenirs précis de l'existence du sujet - comme on l'observe facilement dans la rêverie - mais tout un monde de personnages, de situations et d'éléments de la nature qui sont ceux même des créations imaginaires de l'homme, de la fable, du folklore, du poème, des mythologies ou même des religions dans la mesure où celles-ci prêtent aux sentiments qu'elles cultivent des formes plus ou moins humanisées. C'est sur ces éléments et leur découverte, par un sujet lui-même étonné, que repose l'"objectivité" de la méthode de R. DESOILLE. Cet imaginaire ainsi exploré, manifesté fonde les conceptions originales de C.G. JUNG, dans sa description de l'Inconscient collectif, il retient l'attention de certains phénoménologues ou de philosophes tels G. BACHELARD.

Affirmer que ces éléments psychologiques appartiennent à la collectivité humaine, comme le montre ce dernier, ou naissent de structures héritées par l'individu, comme JUNG le pense à propos des "archétypes", revient à reconnaître leur valeur, non pas seulement archaïque, négative mais aussi positive, enrichissante, hautement significative sur le plan du comportement humain. R. DESOILLE retrouve par des suggestions dont nous avons montré le caractère inducteur, limité, certaines images avec constance. Comme tous ceux qui ont pu utiliser le Rêve éveillé, nous les avons obtenu également, ainsi qu'il apparaît dans l'observation ci-dessus. La connaissance de l'oeuvre de C.G. JUNG permet une certaine compréhension d'un matériel de ce type, R. DESOILLE, la possède certainement. Mais il montre aussi qu'il n'existe pas de "dictionnaire de symboles" (10 p. 89) et comment l'image archétypique trouve chez chaque sujet une signification originale, un sentiment concomitant particulier.

Le fait le plus constant, le plus collectif, sur lequel R. DESOILLE a toujours insisté, c'est la valeur de la dimension verticale dans la tonalité du sentiment vécu et la signification de chaque image symbolique précise. La description qu'il donne de "chaines archétypiques" montre comment se fusionnent chez l'individu particulier, les images archétypiques personnelles et cette dimension fondamentale de l'être humain. Il n'est point étonnant que R. DESOILLE soit conduit à insister sur les plus nettes d'entre elles, les chaines de représentations archétypiques sexuelles, comme étant les plus habituellement troublées en l'homme ou en la femme adulte, mais sur ces exemples précis, il montre combien la différence intersexuelle, les relations affectives dans le groupe humain fondamental peuvent s'enrichir de signi-

fications non plus seulement instinctuelles, d'émotions ou de sentiments non plus seulement infantiles, archaïques, possessifs. R. DESOILLE est susceptible de nous apporter la démonstration de l'existence d'autres chaînes archétypiques, il l'a fait, par exemple pour la matière naturelle, pour les sentiments qui peuvent accompagner une exploration imaginaire de la nature selon la verticalité (8 p. 317-320).

L'utilisation de cette dimension psychologique permet, comme nous l'avons vu dans l'exposé de la méthode, la modification du style des images, puis l'observation de ces "chaînes archétypiques", et la réintégration des images dont l'angoisse est progressivement effacée dans un déconditionnement progressif que le sujet apprend à mener lui-même, elle intervient enfin, et à chacune de ces étapes par l'apprentissage des capacités naturelles à l'homme de sublimation. C'est dans les zones imaginaires élevées, supérieures que le sujet aborde cette partie de la cure psychothérapeutique, c'est par l'apprentissage des sentiments euphoriques et oblatifs qu'il y découvre les bases d'une meilleure socialisation, d'une "individuation", selon le terme de JUNG : "ce processus d'individuation n'est jamais achevé, mais du point de vue de la psychothérapie, nous pouvons considérer qu'il s'arrête lorsque l'énergie psychique tend, par un bouleversement de l'équilibre affectif du sujet, à devenir centrifuge. En d'autres termes, la cure peut être considérée comme terminée lorsque l'attention du sujet, cessant d'être orientée sur la seule satisfaction de ses besoins affectifs, se fixe sur les besoins des autres ; ou encore, lorsque les tendances captatives se ruent en tendances oblatives (...)" (8 p. 330)

Dans la description de la valeur humaine générale de la dimension verticale, R. DESOILLE reçoit l'accord total du psychologue de l'imaginaire, G. BACHELARD, et se trouve très proche du phénoménologue, L. BINSWANGER : "Si, dans la poésie moderne ou classique, dans les rêves et les mythes de tous les temps et de tous les peuples nous rencontrons toujours l'aigle ou le faucon, le milan ou le vautour comme la personnification, non seulement de notre ascension ou de notre volonté nostalgique de nous élever, mais aussi de notre présence dans la chute, c'est la preuve que la détermination de notre présence en terme d'ascension ou de chute constitue un trait fondamental, essentiel" (2 p. 142-143).

Dans un article très substantiel, J.H. van den BERG (2) rapporte les résultats d'une application personnelle de la méthode de R. DESOILLE. Il montre les modifications que cette exploration imagée détermine dans le domaine de la théorie des névroses. C'est à la confirmation de certaines thèses phénoménologiques que nous conduit le Rêve éveillé : "Le but du rêve éveillé, c'est de guérir le patient, de rendre habitable son monde réel ; quant au moyen que les tenants de cette méthode estiment adéquat, il consiste à reconquérir imaginairement les zones perdues, à rendre habitable le monde du rêve et de l'imagination. Le rêve éveillé met l'accent sur la reconquête des zones supérieures ou inférieures, du haut et du bas, parce qu'aucun autre domaine de l'univers n'est aussi lourd de valeur symbolique et n'a donc autant de sens pour l'orientation de la vie réelle. Le haut symbolise la libre réalité de l'avenir, le possible et le choix, l'acceptation du neuf ; c'est le symbole de la diastole, de l'épanouissement, du déploiement, de l'ampleur, de la conquête et prise de possession. Le bas est le symbole de l'engagement, de l'implication, de la servitude, de la détermination, du passé, de tout ce qui est subi et à quoi l'on ne peut plus s'arracher, parce que cela est, de ce qui se garde et de ce qui garde ; c'est le symbole de la systole, du retour sur soi-même, de l'être qui se penche sur soi-même, qui s'isole et s'évade de tout contact, prisonnier de soi-même (...)" . L'intérêt de la méthode de R. DESOILLE est d'utiliser l'"anonymat des symboles" et leur caractère intemporel pour orienter la cure vers le présent : "Au lieu d'amener (le malade) à une révision de son curriculum vitae strictement personnel, comme cherche à le réaliser la méthode de cure psychanalytique, le psychothérapeute invite le malade à rentrer, mais de manière neuve et fraîche, dans son propre monde, où régnait le désordre, et de reprendre à son compte, mais de façon tout autre, les tâches que lui impose ce monde". Les interventions du psychothérapeute, les indications de la méthode comportent pour J.H. van den BERG des limites précises qu'il définit d'après son expérience personnelle.

E. GRANEN (18) situe le rêve éveillé dirigé parmi les méthodes récentes de psychanalyse profonde. Le rêve éveillé est considéré comme susceptible de conduire jusqu'aux noyaux conflictuels, jusqu'aux obstacles intimes qui freinent le développement psychologique du sujet : "La méthode permet de pénétrer dans les champs profonds de la personnalité inconsciente personnelle et collective". L'auteur, psychanalyste, a observé des différences entre les méthodes de FREUD et de DESOILLE vis-à-vis des problèmes de la sublimation. Le matériel du Rêve éveillé rappelle ce que JUNG a dénommé les "autoperceptions symboliques de la libido". Pour son obtention il peut être fructueux d'utiliser au préa-

lable la méthode de SCHULTZ. E. GRANEN présente plusieurs observations où il a appliqué la méthode de DESOILLE et des exemples d'ascensions et de descentes. Pour lui, cette méthode permet un accroissement progressif de l'"élasticité" et de la profondeur du champ vital du sujet, le résultat final dépend du nombre des séances, de la force psychologique et du degré de maturité émotionnelle, des résistances.

Des résultats et l'exposé de la méthode de R. DESOILLE sont présentés de façon assez voisine par M.A. FERNANDES (14,15,16, 17). Cet auteur insiste (14) sur les nombreux reliquats de la pensée magique chez l'adulte, lors même qu'ils échappent à la critique vigile pour se réfugier dans les images des rêves. Il est aisé de constater la place que tiennent ces fantasmes chez l'enfant et la valeur affective des personnages et des situations fabuleuses en cette période de développement. Des traces de ce monde magique subsistent chez l'adulte. Le rêve éveillé les obtient facilement et peut les utiliser. Une connaissance des mythes, légendes, contes fabuleux, est une aide importante pour le psychothérapeute qui utilise la méthode de R. DESOILLE, s'il désire être à même de suivre le sujet dans ce monde et d'intervenir à bon escient pour le guider. L'œuvre de JUNG est ici, une fois de plus, citée. Un cas est présenté et l'auteur montre que les symboles découverts chez ce malade se rapprochent de ceux d'un conte de GRIMM.

O. BRACHFELD (5,6) a également présenté l'œuvre de R. DESOILLE et montré son importance pratique dans la thérapeutique des névroses et l'intérêt théorique des éléments neufs qu'elle apporte. La "voie royale" qu'est le rêve (6) se dessine plus nettement d'une façon beaucoup plus variée, détaillée. Les problèmes actuels qui occupent le sujet surgissent avec une rapidité étonnante aux yeux du psychothérapeute, c'est dire l'intérêt d'une première étape diagnostique. Le rêve éveillé permet un éveil de l'imagination, dont les forces reposaient figées dans l'inconscient. Il existe une valeur esthétique des productions des malades, mais également des possibilités de structurations non fondées sur une suggestion occulte, piège à éviter. Les situations oniriques doivent être simplement offertes dans leurs grandes lignes, "le reste est le fait de l'imagination du malade". O. BRACHFELD promet un excellent avenir au Rêve éveillé dirigé, pour deux raisons : la technique lui paraît indépendante de toute thèse d'école et déjà apparaissant multiples, nuancées, ses modalités d'application.

E. GRANEN, M.A. FERNANDES, (15) O. BRACHFELD, montrent qu'il est possible d'associer le cycle inférieur des exercices de SCHULTZ et sa capacité

de détente physique, au Rêve éveillé dirigé. Ils s'accordent aussi pour situer cette dernière méthode, par l'hypnagogie sur laquelle elle repose, et par le matériel qu'elle obtient, parmi un groupe de tentatives de méditation imagée et d'exploration de l'imaginaire onirique, tentatives qui doivent beaucoup à l'école allemande et où des auteurs comme SCHULTZ, KRETSCHMER, HÄPPICH, FREIER-KING tiennent une place importante. Nous ne saurions terminer cette troisième partie sans évoquer rapidement cet ensemble de travaux.

Les méthodes de méditation imagée de l'Ecole Allenande.

Une maîtrise rapide et complète des exercices du premier cycle, un temps d'entraînement qui couvre plusieurs années : telles sont les règles que place J.H. SCHULTZ à la base de l'apprentissage de son "cycle supérieur". Dans celui-ci, une première étape consiste en des exercices de fixation oculaire, les deux globes orientés vers le haut et la ligne médiane : "Cette technique fait partie intégrante de toutes les anciennes méthodes d'absorption intérieure et de toutes les traditions hypnotiques" (10 p. 137). Par une action réflexe, la relaxation trouve là un approfondissement notable. Puis, seconde étape, J.H. SCHULTZ propose au patient "de laisser surgir dans son imagination une couleur uniforme quelconque. Cet exercice, comme d'ailleurs les exercices suivants, exige que le sujet demeure dans l'état de concentration pendant une durée d'une demi-heure à une heure. Ceci n'est possible qu'après un entraînement régulier d'au moins 6 mois, voire d'une année et plus" (10 p.138). A la découverte de cette "couleur propre", succède l'exploration systématique du spectre coloré, puis une troisième étape de visualisation d'objets divers qui réclame plusieurs semaines. Des objets concrets, on passe ensuite aux "objets abstraits" : "C'est ainsi que nous leur proposons par exemple, de se concentrer sur "la justice" ou "le bonheur", de voir ces réalités en état de profonde absorption intérieure" (10 p.141). A certaines variantes typologiques près, les sujets "réalisent ces images d'une manière extraordinairement plastique, ils n'en finissent pas de les contempler et sont submergés par le caractère particulier et la richesse de leurs expériences. A cette étape, notre méthode commence à devenir productive, au vrai sens du mot ; pour de nombreux sujets, la découverte de ce monde intérieur ne représente pas seulement un enrichissement momentané, mais une transformation de leur vie quotidienne". (10 p.142) Ces images et les émotions qui accompagnent leur contemplation, J.H. SCHULTZ les assimile à des expériences d'auto-catharsis. Plus précisément encore, on peut demander aux sujets de "laisser se dérouler intérieurement l'expérience qui leur paraît l'expression ou le symbole de l'état d'âme le plus intensément souhaité". Des images archétypiques surgissent alors, accompagnées d'un sentiment vif de présence. Ces recherches peuvent être poussées plus loin encore, sous la forme de "questions à l'inconscient" telle que : "Qu'est-ce que je fais de mal ?", ou plus générales : "Comment imaginer la mort ? Le sens de la vie ?" Ces questions "ont pour but de faire "voir intérieurement" d'une façon vivante les positions les plus importantes des différentes valeurs existentielles ainsi parcourues" (10 p.146). Ces explora-

tiens aboutissent à la formulation de directives personnelles, de devises de type autosuggestif.

Conscient des critiques que de telles expériences psychologiques peuvent subir, J.H. SCHULTZ note qu'il n'est pas les moins de beaucoup de "transparence" pour découvrir des relations entre notre "eth" de difficulté et l'urde de responsabilités, et toute une série de courants à juste titre discrédités : ersatz d'œuvres de religion, "mystique" à bon marché, agissements esotériques de sectes de cercles, etc... Notre travail n'a rien de commun avec ces puérilités plus ou moins dangereuses (...). Le cycle supérieur de notre méthode offre un vaste champ de recherche aux investigations de la psychologie des névroses et de la psychologie générale. La visualisation des expériences internes gagne, lorsqu'elle se fait dans un état de concentration profonde, en richesse, en ampleur et en vivacité ; elles deviennent surtout plus accessibles à l'observation. Les nombreux phénomènes psychiques, difficilement saisissables découvrent ici leur attribut sensoriel contribuant ainsi à l'approfondissement des lois secrètes qui régissent la symbolique" (10 p. 148).

E. KRETSCHMER a reconnu (5) tout l'intérêt des découvertes de J.H. SCHULTZ. L'Autogène Training se substitue aux "méthodes suggestives" de l'hypnose ancienne, magique, c'est un modèle d'apprentissage rationnel de régulation du tonus musculaire et neurovégétatif, impliquant la coopération volontaire du malade. L'état hypnotique ainsi obtenu comporte l'intervention de plusieurs facteurs qui le distinguent de l'hypnose ancienne (5 p. 74) : 1°) une relaxation musculaire et une modification du tonus portant aussi bien sur la sphère volontaire que sur le système végétatif ; 2°) des éléments de pensée se manifestant sous une forme imagée ; 3°) un facteur hypnoïde, que l'on peut décrire comme intermédiaire entre la veille et le sommeil ; 4°) un facteur particulier faisant intervenir les centres de conjugaison des mouvements des yeux. Ce dernier facteur, déjà noté par J.H. SCHULTZ, était utilisé par les anciens hypnotiseurs. E. KRETSCHMER l'appelle dans son éth de l'eth d'"hypnose active fractionnée", après apprentissage des deux premiers exercices de SCHULTZ, pesanteur, chaleur, pour l'induction d'un approfondissement de la relaxation jusqu'à obtention d'un état véritablement "hypnoïde". Parvenu à cet état, le sujet peut être alors guidé vers une investigation analytique, dans son passé, d'éléments qui serviront à une réaction cathartique, il peut être soumis à des suggestions inductrices de modifications du comportement, ou, enfin, être orienté, selon la méthode de SCHULTZ, vers la représentation de "buts à réaliser" personnels.

Les méthodes "méditatives" allemandes reposent donc d'une part sur une "déconnection", selon le terme de J.H. SCHULTZ, entre le monde extérieur et le sujet s'entraînant à s'absorber dans son vécu intérieur - ou sur un "état hypnoïde" volontaire - et d'autre part sur la possibilité d'obtention dans cet état d'un matériel imagé cénesthésique ou sensoriel qui constitue la base des méditations psychothérapeutiques. C'est selon ces auteurs un état que peut rechercher avec certitude de succès non seulement le névrotique, mais aussi bien l'individu normal. Une expérimentation psychologique plus systématique peut en apporter la preuve, comme le montrent KLUGE et R. THREN (4).

Ces auteurs ont fait porter leurs études sur 80 sujets normaux, de couches sociales différentes et des deux sexes. On demande à ces sujets, étendus dans un lieu calme, les yeux fermés, de se contenter d'observer ce qui peut apparaître dans le champ de leur "regard intérieur" (K. JASPERS) et de le communiquer instantanément, ceci pendant un laps de temps supérieur à 25 minutes. En moyenne, au bout de une à deux minutes apparaissent au "regard intérieur" des images vagues de lumière, éclairs, personnages, couleurs, nuages. Puis au bout de quelques minutes encore, la moyenne des sujets décrit le passage brusque à un état imagé présent, puis ces images s'animent, et beaucoup de sujets disent leur étonnement devant la vivacité et la singularité étonnantes des scènes. Sur l'ensemble des sujets, 31 demeurent au premier stade d'images confuses. La plupart des protocoles rapportent l'apparition de sensations de "lassitude agréable" et de lourdeur des membres qui leur rappelle l'endormissement. L'étude de la minique et du ton de la voix permet de noter une sédation progressive, entrecoupée de manifestations émotionnelles en rapport avec certaines images. Cette expérimentation vérifie les découvertes fondamentales de J.H. SCHULTZ et les descriptions de E. KRETSCHMER de l'état hypnoïde. Les auteurs insistent aussi sur l'influence de différences typologiques entre les sujets : les piques présentent des phénomènes sensoriels plus riches que les schizothymes. Dans ce matériel prédominent les images de la journée écoulée, celles de souvenirs d'enfance, ou d'événements ayant une résonance affective quotidienne. Il existe également parfois des représentations visuelles fantastiques, ou fabuleuses. Les sensations visuelles peuvent s'accompagner de phénomènes auditifs, olfactifs et tactiles. Chez des sujets névrotiques, les auteurs ont obtenu souvent un matériel psychosensoriel plus riche que celui des normaux.

KLUGE et R. THREN pensent ainsi que l'exploration et l'exploitation psychothérapeutiques de ces phénomènes peuvent être fructueuses. Ils insistent sur

l'importance, chez le névrotique, du stade préalable de relaxation par la méthode de SCHULTZ ou de celui de la fixation oculaire de l'hypnose fractionnée de KRETSCHMER. Le matériel psychologique obtenu, riche de signification peut être soumis à une investigation analytique. Son développement, le "façonnement" des images, peut être favorisé par l'emploi de la méthode de R. DESOILLE. Ces expériences d'"affleuréments images" ouvrent la voie à l'exploration facile et rapide de la psyche, et, pour les auteurs, offrent la base de conduites psychothérapeutiques neuves.

C. HALPICH, déjà en 1939 (2,3) avait mis au point une méthode psychothérapeutique d'une forme assez purement méditative. Pour cet auteur la "conscience imagee" est un état intermédiaire entre le conscient et l'inconscient, c'est la zone de la création phantastique et féérique, du mythe, du génie ou du "petit-créateur", cette zone est parcourue par le sujet normal, inconsciemment lors de l'endormissement ou du réveil. C. HALPICH pouvait obtenir ce niveau de conscience, les mains posées sur le front et les yeux du sujet étendu devant lui. Il recherchait d'abord, chez le sujet, un fonctionnement respiratoire calme et ample, puis lui offrait un thème image que le sujet devait se représenter, s'en imprégnant d'abord, puis les yeux ouverts décrire. Trois situations étaient successivement utilisées : une prairie, une montagne, une chapelle. Alors que le sujet normal découvre ces paysages facilement et y présente des sentiments euphoriques, agréables, ou élevés, le sujet névrotique se heurte à des obstacles, à des images menaçantes, marquées, anxiieux agressifs, par exemple, qui demeurent lors de la répétition des séances et paraissent organisées en "noyaux insolubles". F. MAUZ (9) utilise des procédés "méditatifs" assez voisins, cherchant à déterminer chez des sujets névrotiques ou psychotiques des réviviscences émotionnelles, favorables. Une prise de contact soigneuse lui permet de soumettre à leur attention des images saines, positives, heureuses, susceptibles de s'opposer aux représentations morbides. Une connaissance individuelle détaillée une fois acquise, il propose au sujet des images de son enfance : images de fêtes de famille ou populaire, de jeux d'enfants, de paysages émuissants.

Sur un mode plus rationnel, W. FREDERKING (1) utilise les exercices inférieurs de J.H. SCHULTZ pour obtenir un état de "relaxation profonde". Il a constaté que dans cet état apparaît un matériel de représentations images qui lui rappelle les faits observés sur lui-même et chez autrui dans l'intoxication mescalinique. Ces représentations peuvent également apparaître au cours de séances psychanalytiques. Cet auteur s'applique donc à

les rechercher systématiquement. Elles possèdent pour lui la même signification que les éléments du rêve et parfois comportent les représentations fabuleuses auxquelles se sont intéressés JUNG et son école. Mis ainsi en présence de ces représentations riches de signification, le sujet est susceptible, avec l'aide du psychothérapeute de les interpréter, et à leur niveau même, de dépasser ses problèmes conflictuels.

Un long article de H. LEUNER présente une tentative très poussée de rationalisation expérimentale de ces divers essais (7). "L'exploration expérimentale catathymique de l'imagination" utilise les mêmes faits initiaux : les premiers degrés de l'Autogène Training et la production image facilement induite dans un état hypnagogique. Cette étude a été conduite chez 35 névrosés. H. LEUNER rapproche les productions images qu'il utilise de tous ces phénomènes sensoriels décrits à propos de la rêverie diurne, de l'endormissement, de l'éprouvé éidétique, des recherches psychologiques de J.H. SCHULTZ et E. KRETSCHMER. La valeur affective de ces images (TUCZEK), l'emploi par R. DESOILLE et C. HAPPICH de celles-ci, montrent que l'on peut les distinguer (K. JASPERS) des simples "représentations" visuelles volontaires par leur plus grande précision, leur proximité avec les phénomènes perceptifs, par leur indépendance face à la volonté et par leur durée. L'état hypnagogique qui leur sert de substrat s'accompagne d'un retrait des fonctions intellectuelles de critique et d'abstraction, de l'installation d'un sentiment de réceptivité et d'une focalisation de la conscience sur leur production.

H. LEUNER désire fondre dans une même série d'expériences une recherche expérimentale objective et la conduite d'une psychothérapie adaptée à des cas chaque fois individuels. Pour cela, il conduit une exploration image systématique offrant successivement au sujet névrotique les images suivantes : 1°) Une prairie ("expression symbolique de l'harmonie psychique actuelle"); 2°) La montée depuis la prairie sur une montagne ("promenade dans le champ d'existence"); 3°) La descente du cours d'une rivière ("exploration de la dynamique fluide de l'être"); 4°) Une maison, visitée de haut en bas ("La personnalité propre réelle"); 5°) Un prénon, puis le personnage qu'il représente, du même sexe ("la personnalité idéale"); 6°) Une personne de l'entourage du sujet ; 7°) Chez la femme, la rencontre d'un automobiliste sur une route isolée (symbole d'une situation hétérosexuelle); 8°) Une promenade propre à faire apparaître des images archétypiques, un marécage, une caverne ; 9°) Des images tirées des rêves nocturnes ; 10°) enfin l'ensemble et la succession de ces images diverses, soudées en un "panorama catathymique".

H. LEUNER découvre qu'il existe des images labiles et des "images figées", ces dernières ont déjà été décrites par C. HAPPICH chez le névrosé sous le nom de "noyaux insolubles". Ces images figées se répètent sans modification au cours de séances successives et s'accompagnent souvent d'angoisse ou d'un renforcement du symptôme névrotique. L'intervention thérapeutique consiste en une analyse de la signification de ces images. Une interprétation juste les fait disparaître définitivement. Ce fait rappelle la "confrontation symbolique" de JUNG et se rapproche, dans ses résultats, des possibilités thérapeutiques de la catharsis (8). La liquidation des images figées retentit globalement sur le comportement et l'expression imagée, ce que traduit la modification du "panorama catathynique". Cette harmonisation finale du panorama général "est l'expression de la guérison de la névrose, et de la réalisation autonome de la personnalité". La méthode de H. LEUNER se rapproche en bien des points de celle de R. DESOILLE, mais paraît utiliser de façon moins habituelle que le Rêve éveillé dirigé les images mythiques, les situations fabuleuses ou la dimension de la verticalité. C'est par un contrôle répété des mêmes scènes que l'auteur vérifie la progression de la cure. La standardisation de la méthode présente pour lui l'assurance de son objectivité, elle laisserait une marge suffisante à l'expression de l'imagination de chacun. Notons que chez certains sujets, qui présentent des difficultés de détente et de création imagée, H. LEUNER utilise l'injection ou l'absorption de barbituriques pour favoriser l'installation de l'état hypnagogique et l'apprentissage des éléments psychologiques qui le caractérisent.

Une perspective d'ensemble des tentatives et des résultats de l'école allemande est présentée par W. KRETSCHMER Jr. dans son ouvrage : "Perspectives médicales de la connaissance de soi et de l'imagination volontaire". Il nous paraît intéressant, en conclusion de cette IIIème Partie, de noter que cet auteur a pu rapprocher, par de nombreux traits communs, les méthodes méditatives allemandes, les méthodes contemporaines d'hypnose imagée et le Rêve éveillé dirigé de R. DESOILLE. Les différences méthodologiques indiscutables, les modalités variées d'intervention du psychothérapeute, les conceptions diverses des mécanismes névrotiques qui tracent entre elles des limites plus ou moins précises n'atteignent pas le fait fondamental, profondément original qui est leur point de départ commun: l'obtention ou l'induction d'un vécu imagé, quasi-onirique chez un sujet en état de détente physique et de calme neurovégétatif et le développement à partir de ce matériel d'une situation psychothérapeutique.

Conclusions.

-

Nous avons groupé dans une même étude des "états hypnagogiques induits et dirigés", les modes différents d'exploration diagnostique et d'intervention thérapeutique permis par la sygnarcose barbiturique, par l'Autogène Training de J.H. SCHULTZ et par le Rêve éveillé de R. DESOILLE.

Sur un plan psychologique, des caractéristiques spécifiques individualisent les faits cliniques obtenus par chacune de ces méthodes : ecrnésie de la subnarcose, expérience cenosthésique de la relaxation, créations quasi-oniriques du Rêve éveillé. Mais en pratique les limites ne sont pas toujours aussi tranchées, les domaines explorés spécifiquement par chacune de ces méthodes peuvent se chevaucher. En nous fondant sur quelques exemples cliniques personnels et sur l'analyse sélective de la bibliographie consacrée à l'emploi de ces méthodes, il nous a semblé possible de leur décrire des similitudes essentielles :

1°) Elles recherchent ou obtiennent une même sédation musculaire et neurovégétative que favorisent les conditions matérielles habituelles de leur emploi : decubitus dans une pièce calme, peu éclairée.

2°) Le patient, dans un climat de dialogue et de confiance, s'abandonne volontairement à l'expérience de souvenirs, sensations ou créations dont le caractère intime émeut et retient son attention, sans faire intervenir ses fonctions critiques, logiques, impliquées habituellement dans les rapports sociaux et ici mises au repos.

3°) Le psychothérapeute intervient pour orienter, discipliner, développer ces expériences mais se garde de suggestions trop précises qui, finalement, inhiberaient l'expression du matériel intime et feraient perdre au malade la passivité nécessaire à son apparition.

La structure de la conscience induite par ces diverses méthodes se rapproche de celle des états hypnagogiques spontanés, mais le désir de coopération du malade et le rôle de "direction" du psychothérapeute donnent à ces états induits une signification originale. A l'opposé du mouvement pathologique qui va des créations d'une conscience obnubilée, favorisé parfois par le rôle destructurant du demi-sommeil, vers la maladie mentale, la situation hypnagogique induite et dirigée fonde sur un même état physique et une même structure de conscience les possibilités d'une normalisation des conduites affectives et sociales.

VU et PERMIS D'IMPRIMER:

Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. SARRAILH

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. BINET

Le Président de la Thèse,

J. DELAY

BIBLIOGRAPHIE

 [Globe](#)
 [Language](#)
 [Help](#)
 [Feedback](#)
 [Privacy](#)
 [Terms](#)
 [Account](#)
 [Shopping cart](#)
 [Wishlist](#)
 [Recent items](#)
 [My orders](#)
 [My account](#)
 [My address](#)
 [My payment](#)
 [My shipping](#)
 [My returns](#)
 [My reviews](#)
 [My wishlist](#)
 [My recent items](#)
 [My orders](#)

(Les références groupées ici correspondent uniquement aux publications nécessaires à la rédaction des différents chapitres).

INTRODUCTION

- 1 - BAILLARGER, M. : De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations. Ann. Med. Psychol., 3ème année/II : 1-29, 168-195 (1845).
- 2 - BRIERRE de BOISMONT, A. : Des hallucinations. (Baillière, PARIS 1852).
- 3 - DELAGE, Y. : Le rêve. (Presses Universitaires de France, NANTES, 1920).
- 4 - EY, H. : Etudes Psychiatriques. T.I. 2ème Ed. (Desclée de Brouwer, PARIS 1948).
- 5 - HECAEN, H., et AJURIAGUERRA, J. de : Méconnaissances et hallucinations corporelles (Masson, PARIS 1952).
- 6 - HERVEY de SAINT-DENIS (Anonyme) : Les rêves et les moyens de les diriger. (Anyot, PARIS 1867).
- 7 - LEROY, E.B. : Les visions du demi-sommeil (Hallucinations hypnagogiques). (Alcan, PARIS 1933).
- 8 - LHERMITTE, J. et SIGWALD, J. : Hypnagogisme, hallucinose et hallucinations. Rev. Neurol., 73 : 225-238 (1941)
- 9 - MAURY, A. : Le sommeil et les rêves (Didier, PARIS 1865).
- 10 - MENDELSON, J., SOLOMON, P., and LINDEMANN, E. : Hallucinations of poliomyelitis patients during treatment in a respirator. J. Nerv. Ment. Dis., 126 : 421-428 (1958)
- 11 - MOREAU, J. (de Tours) : Du hachisch et de l'aliénation mentale. (De Fortin et Masson, PARIS 1845).
- 12 - MOREAU, J. (de Tours) : De l'identité de l'état de rêve et de la folie. Ann. Med. Psychol., 13ème année : 361-408 (1855).
- 13 - RAPAPORT, D. : Consciousness : a psychopathological and psychodynamic view : pp. 18-57 in ABRAMSON, H.A. : Problems of consciousness. (J. MACY, NEW YORK 1951).
- 14 - SARTRE, J.P. : L'imaginaire (Gallinard, PARIS 1948).
- 15 - SCHULTZ, J.H. : Le Training Autogene (Presses Universitaires de France, PARIS 1958).
- 16 - SIDIS, B. : The psychotherapeutic value of the hypnoïdal state. pp 119-144. in MORTON PRINCE : Psychotherapeutics (Gorham Press, BOSTON and TORONTO 1910).

- 17 - TOURNAY, A.: Mes propres visions du demi-sommeil. Rev. Neurol. 73 : 209-224 (1941).
- 18 - VARENDONCK, J. : The psychology of daydreams : 451-473 in RAPAPORT, D. : Organisation and Pathology of thought (Columbia Univ. Press, NEW YORK, 1956).
- 19 - VIHVELIN, H. : On the differentiation of some typical forms of hypnagogic hallucinations. Acta Psychiat. Neurol., COPENHAGEN, 23 : 359-389 (1948).
- 20 - WEXLER, D., MENDELSON, J., LEIDERMAN, P.H., and SOLOMON, P: Sensory deprivation. A technique for studying psychiatric aspects of stress. Arch. Neurol. Psychiat., 79 : 224-233 (1958).

Ière PARTIE. LA SUBNARCOSE BARBITURIQUE

- 1 - ARIAN., Subnarcosi e narcoanalisi. Minerva Med. 17 : 509-513 (1949).
- 2 - BARBARA, D.A., An evaluation of the therapeutic role of narcoanalysis in mental disorders. J. Nerv. Ment. Dis., 104 : 414-424 (1946).
- 3 - BARUK, H., Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale (Masson, PARIS 1938).
- 4 - BESSIERE, R., et FUSSWERK, J., Hypnoanalyse chimique. Essai sur les comportements schizophréniques. Ann. Med-psychol., 106ème année : 409-459 (1948). L'hypnoanalyse dans les états schizophréniques et l'automatisme mental. (Masson, PARIS 1950)
- 5 - BOURDON, J., La subnarcose barbiturique, méthode d'exploration du psychisme. Acta Neurol. Psychiat., Belg. 51 : 777-797 (1951).
- 6 - CHAVANY, J.A., BOUVET, M., et HAGENMULLER, D., Les rapports de la narcoanalyse ou psychothérapie sous narcose et de la psychanalyse. Sem. Hôp. Paris, 24 : 353-359 (1948).
- 7 - CLAUDE, H., BOREL, A. et ROBIN, G., Un nouveau procédé d'investigation psychologique : l'éthérisation. Encéphale. 19 : 419-421 (1924)
- 8 - CLAUDE, H., et ROBIN, G., L'éthérisation chez les déments précoces. Encéphale 19, 669-670 (1924)
- 9 - CLAUDE, H., et BARUK, H., : Epreuve du somnifène intraveineux dans la catatonie. Encéphale, 23ème année, 724-730, (1928)
- 10 - CLAUDE, H., et EY, H., Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions. Ann. Med., Psychiat., 90ème année 11, : 273-316 (1932).
- 11 - COSSA, P., AGID, A. et LUGUIN, P. : La psychanalyse chimique (analyse chimique sous état hypnagogique provoqué) Ann. Med. Psychol., 103ème année, 11 : 465-482 (1945).
- 12 - COSSA, P., La narcoanalyse. Possibilités et limites. Ann. Med. Psychol., 106ème année 11 : 129-130 (1948).
- 13 - DAVIDOFF, E., REIFENSTEIN, E.C., and GOODSTONE, G.L., amphetamine sulfate-sodium amytal treatment of schizophrenia., Arch. Neurol. Psychiat., 45 : 439-445 (1945)
- 14 - DELAY, J., Méthodes biologiques en clinique psychiatrique. (Masson, PARIS 1950).
- 14b- DELAY, J., Les dissolutions de la mémoire (Presses Universitaires de France, PARIS, 1950).

- 15 - DELAY, J., Les explorations pharmacodynamiques du psychisme : narcoanalyse et choc amphétaminique. Bull. Acad. Med., 133 : 289-293 (1949).
- 16 - DELAY, J., DESCLAUX, P., PASCHE, et SOULAIRAC, A., Intérêt du 245 R.P. (Pentothal) dans l'exploration du psychisme. Ann. Med. Psychol., 103ème année/II : 191-194 (1945).
- 17 - DELAY, J., DESCLAUX, P., et SHENTOUB ALJAMAL, S., La narcoanalyse psychosomatique en psychiatrie. Ann. Med. Psychol., 104ème année/I : 272-278 (1946). ; La narcoanalyse psychosomatique. Bull. Soc. Med. Hop., PARIS., 191-193 (1946b)
- 18 - DELAY, J., MARTY, P., et WASSEF, H., Annésie traumatique contracture lombaire avec scoliose évoluant depuis 9 ans. Guérison par une seule séance de narcoanalyse. Ann. Med. Psychol., 107ème année/I : 372-375 (1949).
- 19 - DELAY, J., MOREAU, J., et SUTTEL, M., Anesthésique 245 RP et crises hystériques. Ann. Med. Psychol., 103ème année/II : 194-198 (1945).
- 20 - DESCHAMPS, A., Essai d'exploration pharmacodynamique du psychisme des déments précoces. Thèse Med., (PARIS, 1932)
- 21 - DREYFUS-MOREAU, J., A propos de la narcoanalyse. Sem. Hôp. PARIS, 25 : 972-975 (1949).
- 22 - ELLENGERGER, H.F., Essai sur le syndrome psychologique de la catatonie. (Soc. Frse. Inpr., POITIERS, 1933).
- 23 - EY, H., A propos de l'"hypnoanalyse" de R. BESSIERE et J. FUSSWERK (Réflexions sur la recherche chimique de la vérité). Evolution Psychiat., : 153-160 (1951).
- 23b- EY, H., Les problèmes cliniques des schizophrénies. Evolution Psychiat., 149-211 (1958).
- 24 - FENICHEL, O., La théorie psychanalytique des névroses. (Presses Univer. de France, PARIS 1953).
- 25 - HORSLEY, J.S., Narcoanalysis., J. Ment. Sc., 82 : 416-422 (1936).
- 26 - JOUBERT, P., Le scopochloralose. Thèse (PARIS 1950).
- 27 - LEVY, S., and PERRY, H.A., Narcosynthesis immediately following insulin shock. J. Nerv. Ment. Dis., 106 : 137-149 (1947)
- 28 - LINDEMANN, E., Psychological changes in normal and abnormal individuals under the influence of sodium amytal. Amer. J. Psychiat., 11 : 1083-1091 (1932).
- 29 - MANCEAUX, A., et SUTTER, J., La subnarcose barbiturique Ses buts et ses possibilités. Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française 45ème session : 165-171 (1947).

- 30 - MAUZ, F., Narcoanalyse. Zbl. Psychother., 2 : 33-41 (1952).
- 31 - MIGNOT, H., Etude critique de l'exploration du psychisme sous état hypnagogique provoqué par les barbituriques Evolution Psychiat., 27-46 (1949).
- 32 - OLLIVIER, H., A propos de 100 narcoanalyses. Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française, 44ème Session : 286-291 (1946).
- 33 - PASCAL, C., Le dynamisme de la démence précoce. Presse Med., 30 : 568-572 (1932).
- 34 - PITRES, A., et REGIS, E., Les obsessions et les impulsions (DOIN, PARIS, 1902).
- 35 - ROTHMAN, T., and SWARD, K., Studies in pharmacological psychotherapy. I. Traitment of refractory psychoneuroses and personality disorders with thiopental (Pentothal) sodium and methamphetamine (Desoxyn). Arch. Neurol. Psychiat., 75 : 95-105 (1956)
- 36 - ROUBLEFF, I., Exploration pharmacodynamique (Anytal sodique et D-méthylamphétamine) de la personnalité des sujets normaux et des schizophrènes. Etude comparative au moyen du test de Rorschach. Thèse Med. (PARIS 1949).
- 37 - SARGANT, W., SLATER, E., and HILL, D., Introduction aux méthodes biologiques de traitement en psychiatrie. Trad. (Presses. Univ. France, PARIS 1952).
- 38 - SARGANT, W., Indications et mécanisme de l'abréaction et ses relations avec les thérapeutiques de choc. Evolution Psychiat., 607-617 (1950).
- 39 - SCHNEIDER, P.B., La narcoanalyse, auxiliaire de la psychothérapie. Arch. Suis. Neurol. Psychiat., 65 : 270-282 (1950).
- 40 - SEGLAS, ., De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante. Ann. Med. Psychol., 50ème année : 119-130 (1892).
- 41 - SIVADON, P., BOUQUEREL, J., et FREDERIC., Valeur thérapeutique de l'exploration du psychisme sous narcose. Ann. Med. Psychol., 105ème année/I : 322-327 (1947).
- 42 - SULLIVAN, J.D., Psychiatric uses of intravenous sodium anytal. Ann. J. Psychiat., 99 : 411-418 (1942).
- 43 - SUTTER, J., Subnarcose (narco-analyse). Encycl. Med. Chirur. Psychiat., 37816 A 10 : 1-10 (1955).
- 44 - SUTTER, J., et SUSINI, R., Indications et résultats de la subnarcose au pentothal sodium en psychiatrie de guerre. Données utilisables en pratique civile. Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Frse. 44ème session : 279-285 (1946).

- 45 - TARGOWLA, R., Les données de la narcose intraveineuse
liminaire dans les états "névropathiques". Le syndrome
d'hypermnésie émotionnel tardif. Ann. Med. 51 : 223-
313 (1950).
- 46 - WEISS, E., et ENGLISH, O.S., Médecine psychosomatique.
(DELACHAUX et NIESTLE, GENEVE, 1952).

IIIème Partie : LA RELAXATION.

- 1 - AJURIAGUERRA, J. de; GARCIA-BADARACCO, J. et CAHEN, M. : L'entraînement psychophysiologique par la relaxation : 61-70 dans : La Relaxation (Expansion Scientifique Française, Paris 1958).
- 2 - AJURIAGUERRA, J. de, et GARCIA-BADARACCO, J., : Les thérapeutiques de relaxation en médecine psycho-somatique. Presse Med. 61 : 316-320 (1953).
- 3 - BRAATTOY, T. : The neuromuscular hypertension and the understanding of nervous conditions. J. Nerv. Ment. Dis., 95 : 550-567 (1942).
- 4 - BURGER, A.J. : Psychothérapie de relaxation. Enc. Med. Chir. 37810 G10 : 1-8 (1957).
- 5 - DEUTSCH, F. : Analysis of postural behavior. Psychoanal. Quart. 16 : 195-213 (1947).
- 6 - HECAEN, H., et AJURIAGUERRA, J. de : Méconnaissances et hallucinations corporelles. (Masson, PARIS, 1952).
- 7 - JACOBSON, E. : Progressive relaxation. 5e ed. (Univ. Chicago Press, CHICAGO, 1948).
- 8 - JACOBSON, E. : The physiological conception and treatment of certain common "psychoneuroses". Amer. J. Psychiat., 98 : 219-226 (1941).
- 9 - JACOBSON, E. : Les méthodes scientifiques de relaxation : 45-56 dans : La Relaxation. (Expansion Scientifique Française, PARIS, 1958).
- 9b- JANET, P. : Les médications psychologiques. (F. ALCAN, PARIS, 1928).
- 10 - LHERMITTE, J. : L'image de notre corps (Nouvelle Revue Critique, PARIS 1939).
- 11 - REICH, W. : La fonction de l'orgasme. (L'Arche, PARIS, 1952)
- 12 - SCHULTZ, J.H. : Le Training Autogene. Méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. (Presses Universitaires de France, PARIS 1958).
- 13 - SCHULTZ, J.H. : Le Training Autogene: 1-18 dans "La Relaxation." (Expansion Scientifique Française, PARIS 1958).
- 14 - WALLON, H. : De l'acte à la pensée (Flammarion, Paris 1948)
- 15 - WALLON, H. : La maladresse. J. de Psychol. : 61-78 (1928)

IIIème PARTIE - INTRODUCTION

- 1 - CARUSO, I.A., Ueber den Symbolismus der hypnagogischen Vorstellung. Zschw. Zeits. Psychol. : 7 : 87-100 (1948).
- 2 - FREUD, S., La science des rêves. (Presses Univ. France, PARIS 1950)
- 3 - FROMM, E., Le langage oublié (Payot, Paris 1953).
- 4 - JUNG, C.G.; L'homme à la découverte de son âme. (Ed. MOHRE BLANC, GENEVE, 1950)
- 5 - SILBERER, H.; Bericht ueber eine Methode, gewisse symbolische Halluzinationen. Erscheinungen hervorzurufen und zu beobachten. Jhb. Psch. Psychopath. Forsch. 1 : 513-525. (1909) Trad. langue anglaise dans Organization and Pathology of thought pp. 195-207 (Columbia Univ. Press, NEW-YORK 1956).

L'HYPNOSE

- 1 - BRENNAN, M., Dreams and hypnosis. Psychoanal. Quart., 18 : 455-465 (1949)
- 2 - BRENNAN, M., The phenomena of hypnosis : 123-163, in Problems of consciousness. ABRAMSON, H.A. (Josiah MACY Jr. Found, NEW-YORK 1950).
- 3 - CHERTOK, L., Sommeil hypnotique prolongé : 57-70, dans Colloque sur la Cure de Sommeil. MORF, G. et SAFIR, M. (Masson, PARIS 1954).
- 4 - ERICKSON, M.H., Hypnotic psychotherapy. Med. clin. Amer. 571-582 (1948).
- 5 - ERICKSON, M.H., Pseudo-orientation in time as an hypnotherapeutic procedure. J. clin. Exp. Hypnosis, 2, 261-269 (1954)
- 6 - FARBER, L.H., and FISHER, C., An experimental approach to dream psychology through the use of hypnosis. Psychoanal. Quart., 12 : 202-206 (1943).
- 7 - KUBIE, L.S., and MARGOLIN, S., An apparatus for the use of breath sounds as a hypnagogic stimulus. Amer. J. Psychiat., 100 : 610 (1944).
- 8 - KUBIE, L.S. and MARGOLIN, S., The process of hypnotism and the nature of the hypnotic state. Amer. J. Psychiat., 100 : 611-622 (1944).
- 9 - NACHMANSON, M., Concerning experimentally produced dreams 256-287 in D. RAPAPORT : Organization and pathology of thought. (Columbia Un. Press, NEW-YORK, 1956).

- 10 - ROFFENSTEIN, G., Experiments on symbolization in dreams 249-256 in D. RAPAPORT : Organization and pathology of thought (Columbia Univ Press, NEW YORK, 1956).
- 11 - SCHNECK, J.M., Hypnotherapy of a patient with an animal phobia. J. Nerv. Ment. Dis., 116 : 48-58 (1952).
- 12 - SCHROETTER, R., Experimental dreams : 234-248 in D. RAPAPORT "Organization and pathology of thought. (Columbia Univ Press, NEW YORK, 1956).
- 13 - WOLBERG, L.W., Hypnoanalysis (GRUNE and STRATTON, NEW YORK, 1945).

LES SUBSTANCES HALLUCINOGENES.

- 1 - ABRAMSON, H.A., Lysergic acid diethylamide (L.S.D. - 25) XIX. As an adjunct to brief psychotherapy, with special reference to ego enhancement. J. Psychol., 41 : 199- (1956).
- 2 - ABRAMSON, H.A., Some observations on normal volunteers and patients. : 51-54 in CHOLDEN, L. : Lysergic Acid Diethylamide and Mescaline in experimental psychiatry. (GRUNE and Stratton, NEW YORK, 1956).
- 3 - CATTEL, J.P., The influence of Mescaline on psychodynamic material. J. Nerv. Ment. Dis., 119 : 233-244 (1954).
- 4 - DELAY, J., Comparaison des troubles du comportement induits par les substances psychotropes avec les psychoses humaines. Première réunion internationale de Neuro-psychopharmacologie, Rome, Septembre 1958.
- 5 - DELAY, J., et BENDA, Ph., L'expérience lysergique. L.S.D.-25. A propos de 75 observations cliniques. Encéphale 169-209, 309-344 (1958).
- 6 - DEMBER, H.C.B., and MERLIS, S., A note on some therapeutic implication of the Mescaline induced state. Psychiat. Quart., 28 : 635-640 (1954).
- 7 - FREDERKING, W., Intoxicant drugs (Mescaline and Lysergic acid diethylamide) in psychotherapy. J. Nerv. Ment. Dis., 121 : 262-266 (1955).
- 8 - SANDISON, R.A., Psychological aspects of the L.S.D. treatment of the neuroses. J. Ment. Sc., 100, 508 (1954).
- 9 - SANDISON, R.A., SPENCER, A.M., and WHITEHEAD, J.D.A., The therapeutic value of lysergic acid diethylamide in mental illness. J. Ment. Sc. 100 : 491-507 (1954).

- 10 - SANDISON, R.A., The clinical uses of Lysergic Acid Diethylamide : 27-34, in : CHOLDEN, L. : Lysergic Acid Diethylamide and Mescaline in experimental psychiatry. (GRUNE and STRATTON, NEW YORK, 1956).
- 11 - SAVAGE, C., Lysergic Acid Diethylamide (L.S.D.-25). A clinical psychological study. Amer. J. Psychiat., 108: 896-900 (1952)

LE RÊVE EVEILLE DIRIGÉ.

- 1 - BACHELARD, G., L'air et les songes. Essai sur l'imagination du mouvement. (J. CORTI, PARIS, 1950).
- 2 - BERG, J.H. van den., Le "Rêve éveillé" de Robert DESOILLE. Natures et possibilités d'une psychothérapie phénoménologique. Evolution Psychiatr., 55-92 (1952)
- 3 - BINET, A., Etude expérimentale de l'intelligence. (A. COSTES, PARIS, 1922).
- 4 - BINSWANGER, L., Le rêve et l'existence. (DESCLEE de BROWER, PARIS, 1954).
- 5 - BRACHFELD, F.O., Ueber "gelenkte Tagträume" Acta Psychoth. Psychosomat. Orthopaedagog., 2 : 29-41 (1954)
- 6 - BRACHFELD, F.O., Gelenkte Tagträume als Hilfsmittel Psychotherapie. Z. Psychother. Med. Psychol., 4 : 79-93 (1954).
- 7 - DESOILLE, R., Exploration de l'affectivité subconsciente par la méthode du rêve éveillé. (D' ATREY, PARIS, 1938).
- 8 - DESOILLE, R., Le rêve éveillé en psychothérapie (Presses Univ. France, PARIS, 1945).
- 9 - DESOILLE, R., Psychanalyse et rêve éveillé dirigé. (Le FRANCOIS, PARIS 1950).
- 10 - DESOILLE, R., Introduction à une psychothérapie rationnelle. (L'ARCHE, PARIS 1955).
- 11 - DESOILLE, R., Le rêve éveillé dirigé comme méthode d'exploration et de cure psychologique. Arch. Hosp.: 221-229 et 286-291 (1957)
- 12 - DESOILLE, R., Divers articles publiés dans : Action et Pensée (GENEVE, 1931, 1953, 1956).
- 13 - FAVEZ-BOUTONIER, J., Psychothérapie par le rêve éveillé. Anc. Med. Chir. Psychiat., 37815 CLO : 1-3 (1955).
- 14 - FERNANDES, A., A luzazul. O. Medico n° 79 (1953).

- 15 - FERNANDES, A., Estudo comparado da psicoterapia de ERNST KRETSCHMER. O. Medico : n°s 157, 158, 159 (1954)
- 16 - FERNANDES, A., Kasuistischer Beitrage zum meditativen Verfahren von DESOILLE. Z. Psychother. Med. Psychol., 6 : 39-42 (1956).
- 17 - FERNANDES, A., Distension dans le temps comme relâchement psychologique. O. Medico. : n° 379 (1958).
- 18 - GRANEN, E., El "sueno dirigido" de DESOILLE en psicoterapia. Cl. Med., 17 : 247-281 (1951).
- 19 - GUILLEREY, M., Une nouvelle methode psychothérapique Psyché 10ème année : 405-436 (1955).
- 20 - GRESSOT, M., Essai sur l'image éidétique et le problème de la vision. Arch. Suis. Neurol. Psychiat., 66 87-122 (1950)
- 21 - GRESSOT, M., Etude sur les images éidétiques. Arch. Neurol. Psychiat., 59 : 71-134 (1947)
- 22 - JASPERS, K., Psychopathologie generale. (F. ALCAN, PARIS, 1928)
- 23 - JELLINEK, A., Spontaneous imagery. A new psychotherapeutic approach. Amer. J. Psychother., 3 : 372-391 (1949).
- 24 - KUBIE, L.S., The use of hypnagogic reveries in the recovery of repressed amnesic data. Bull. Menninger Clinic., 7 : 172-182 (1943)
- 25 - QUERCY, P., Les éidétiques. J. Psychol. Norm. Pathol., 801-812 (1928).

LES METHODES MEDITATIVES ALLEMANDES.

- 1 - FREDERKING, W., Ueber die Tiefenentspannung und das Bildern. Psyche. 2 : 211-228 (1948).
- 2 - HAPPICH, C., Bildbewusstsein und schöpferische Situation. Dtsch. med. Wschr., 2 (1939)
- 3 - HAPPICH, C., Das Bildbewusstsein als Ansatzstelle psychischer Behandlung. Zbl. Psychother., 5 (1932).
- 4 - KLUGE, und THREN, H., Bildstreifendenken als psychotherapeutische Methode. Zbl. Psychother., Med. Psychol., 1 : 13-19 (1951).
- 5 - KRETSCHMER, E., Psychotherapeutische Studien. (G. THIEME, STUTTGART, 1949).
- 6 - KRETSCHMER, W. Jr., Selbsterkenntnis und Willensbildung im ärztlichen Raume. (G. THIEME, STUTTGART, 1958)

- 7 - LEUNER, H., Experimentelles katathymes Bilderleben als ein klinisches Verfahren der Psychotherapie. Zbl. Psychother. 5, 185-203, 233-260 (1955)
- 8 - LEUNER, H., Symbolkonfrontation. Ein nichtinterpretieren des Vorgehen in der Psychotherapie. Schw. Arch. Neurol. Psychiat., 76.: 23-49 (1955)
- 9 - MAUZ, F., Der Psychotische Mensch in der Psychotherapie Arch. Psychiat. Neurol., 181: 337-341 (1948).
- 10 - SCHULTZ, J.H., Le Training Autogène. Méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. (Presses Univ. France, PARIS, 1958)

